Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/10592

05. 05. 98

Antwort
der Bundesregierung

auf die Große Anfrage der Abgeordneten Klaus Kirschner, Horst Schmidbauer (Nürnberg), Michael Müller (Düsseldorf), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
— Drucksache 13/7237 —

Umwelt, Schadstoffe und Gesundheit

Am 22. Juni 1994 hat die Europa-Konferenz „Umwelt und Gesundheit" der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Helsinki einen Aktionsplan „Umwelt und Gesundheit für Europa" beschlossen. Dieser Plan enthält konkrete Zielvorgaben und soll von den Parlamenten und Regierungen der europäischen Staaten durch nationale Aktionspläne konkretisiert und umgesetzt werden.

Eine gesundheitsverträgliche Umwelt ist eine wesentliche Voraussetzung für die langfristige Gesundheit der Bevölkerung. Die zunehmende Ausbreitung sog. Zivilisationskrankheiten legt die Vermutung nahe, daß dafür auch umweltbedingte Belastungen ursächlich sind. Wie die Zusammenhänge zwischen Umweltschädigung und Gesundheitsbeeinträchtigung im einzelnen sind, ist jedoch weitgehend unerforscht und überdies wissenschaftlich wie politisch umstritten.

Auch in der Bundesrepublik Deutschland nehmen Erkrankungen wie Allergien, Asthma, Bronchitis, Neurodermitis, Krebs- und auch psychosomatische Störungen ständig zu. Chronische Krankheiten, z.B. toxische Encephalopathien (krankhafte Veränderungen des Gehirns durch neurotoxische Stoffe wie z.B. Pestizide), toxische Angiopathien (krankhafte Gefäßveränderungen) oder Schädigungen durch hormonell wirkende Substanzen bestimmen in einem wachsenden Umfang den gesundheitlichen Zustand unserer Gesellschaft. Forschungen zeigen bzw. legen nahe, daß Schadstoffe in Luft, Wasser und Boden, Chemikalien in der Nahrung, Lärm und Streß und radioaktive Strahlen sowie elektromagnetische Wechselfelder wesentlich an der Entstehung von Krankheiten beteiligt sind. Besonders Kinder und Jugendliche leiden zunehmend unter umweltbedingten Krankheiten.

In der umweltrechtlichen Rahmensetzung für wirtschaftliche Verfahren und Produkte, ebenso wie in der praktischen medizinischen Versorgung, bestehen allerdings erhebliche Unsicherheiten. Zugleich findet man in Gesetzgebung und Politik immer wieder das Prinzip, daß nicht dem Verursacher, sondern dem Geschädigten die Beweislast für die Gesundheitsverträglichkeit von Produktionen und Produkten zugeschoben wird.

Die Grundlagenforschung über das Verhältnis von Umwelt und Gesundheit/Krankheit hat in der Bundesrepublik Deutschland keinen hohen Stellenwert. Die wirtschaftspolitische Sorge vor befürchteten Restriktionen für industrielle Aktivitäten und die Sorge vor zusätzlichen Kosten im Medizinbetrieb wirken als doppelte Bremse gegenüber der zielstrebigen und organisierten Erarbeitung wissenschaftlicher Erkenntnisse und ihrer praktischen Umsetzung.

Neben der Erforschung des jeweils speziellen Wirkungszusammenhangs zwischen bestimmten umweltbedingten Belastungen und konkreten organischen, ggf. auch psychischen Erkrankungen steht vor der medizinischen Wissenschaft die Aufgabe der Klärung der allgemeinen Grundlagen des Verhältnisses von Umwelt und Gesundheit/Krankheit. Dabei gewinnt neben der klassischen Toxikologie als Lehre von den krankmachenden Substanzen, die schon seit langem politisch und juristisch anerkannt ist, sowie sozialpsychologischen Faktoren nun zunehmend die Erforschung des Immunsystems an Bedeutung. Das Immunsystem ist die Schaltstelle zwischen umweltbedingten Belastungen einerseits und der allgemeinen und individuellen Fähigkeit von Lebewesen, diese Belastungen abzuwehren.

Im wesentlichen, aufgrund der medizinischen AIDS-Forschung, steht dabei inzwischen soviel fest: Die Leistungsfähigkeit des Immunsystems ist nicht bei allen Lebewesen und auch nicht bei allen Menschen gleich. Die Fähigkeit dieses Systems zur Abwehr von Bakterien, Viren und Umweltgiften und zur Aufrechterhaltung der Selbsttoleranz kann erheblich differieren. Schon kleine Signalveränderungen im komplex gesteuerten Gleichgewicht können zu gravierenden Ge-

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 5. Mai 1998 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

sundheitsstörungen führen. Neben genetischen Dispositionen sind dafür Erkrankungen des Immunsystems selbst verantwortlich. Diese können wiederum das Ergebnis von Umweltbelastungen, sozialpsychologischen Faktoren bzw. einer erhöhten Empfindlichkeit sein. Immunerkrankungen sind als Ergebnis der bisher vorliegenden Forschungen und Erfahrungen prinzipiell durchaus der Diagnose und Therapie zugänglich. Durch Fortschritte der Medizin ist das Immunsystem in der praktischen Medizin vermeßbar geworden.

Die Wirkungen umweltbedingter Belastungen auf das Immunsystem führen oft bei Stoffkonzentrationen unterhalb der Toxizitätsschwelle zu langfristigen Schwächungen und Erkrankungen dieses Systems und wiederum als deren Folge zu Krankheiten aller Art. Auch hormonelle Wirkungen chemischer Substanzen z. B. von Pestiziden können zu schweren Gesundheitsschädigungen führen, wie z. B. in dem Buch der Wissenschaftlerin Theo Colborn u. a. „Die bedrohte Zukunft" (Droemer-Knaur-Verlag, München 1996) eindrucksvoll geschildert wird. Eine Verminderung entsprechender Belastungen ist zentrale Aufgabe der Zukunft. Daneben besteht die Möglichkeit medizinischer Therapien. Die moderne Immunologie eröffnet Möglichkeiten, die bislang oft pauschale und emotionale Diskussion des Verhältnisses von Umwelt und Gesundheit/Krankheit in eine rationale Aufklärung von Wirkungszusammenhängen und Handlungsoptionen zu überführen.

Um diese neue Chance zu nutzen, ist allerdings eine massive wissenschaftspolitische Schwerpunktsetzung erforderlich. Anstelle der Verhinderung der Anwendung immunologischer Forschungsergebnisse in der medizinischen Praxis durch konkurrierende Zweige der medizinischen Wissenschaft müßte vielmehr deren gezielte Förderung treten.

Im Sinne einer vorsorgenden Umwelt- und Gesundheitspolitik ist es wichtig, die Ziele der 2. Europa-Konferenz „Umwelt und Gesundheit" vom 20. bis 22. Juni 1994 weiter zu konkretisieren und vor allem die zu deren Erreichung notwendigen Aktionen genauer zu beschreiben, weiterzuentwickeln und gegenüber anderen Interessenlagen durchzusetzen. In dieser gemeinsamen Erklärung haben die Umwelt- und Gesundheitsminister der europäischen Mitgliedstaaten der WHO sich auf folgendes gemeinsames Ziel verständigt: „Die Lebensbedingungen und gesundheitlichen Voraussetzungen der heutigen Generation zu verbessern, um sicherzustellen, daß die Ressourcen der Natur nicht überbeansprucht werden und daß das Recht künftiger Generationen auf ein zufriedenstellendes, produktives Leben gewahrt bleibt. Eine nachhaltige Entwicklung kann nur durch radikale Änderungen der gegenwärtigen Produktionsverfahren und Konsumgewohnheiten bewirkt werden. Koexistenz zwischen Menschen und der Natur ist eine Voraussetzung für die Zukunft der Menschheit. Wohlstand und kontinuierliche Entwicklung der Gesellschaft müssen auf der vollen Anerkennung und dem nachhaltigen Schutz der biologischen Vielfalt der Natur basieren."

Vorbemerkung

Der Mensch steht mit seiner Umwelt in vielfältiger Wechselwirkung. Ohne die Fähigkeit zur ständigen Auseinandersetzung mit einer Vielzahl von Umwelteinwirkungen wäre menschliches Leben überhaupt nicht möglich. Dabei ist die Einschätzung, welche Bedeutung bestimmte Umwelteinflüsse für die menschliche Gesundheit haben, oftmals schwierig oder bisweilen unmöglich. Aus erkenntnistheoretischen Gründen kann z. B. nur eine bestimmte Wirkung nachgewiesen oder als wahrscheinlich erkannt werden; Nicht-Wirkungen lassen sich dagegen nicht nachweisen.

Die öffentliche Diskussion der Bedeutung von Umwelteinflüssen für die menschliche Gesundheit ist dadurch geprägt, daß einerseits viele Umwelteinflüsse als potentiell schädlich angesprochen werden und kurzfristig neue Fragestellungen hinzukommen, andererseits aber die Möglichkeiten des Erkenntnisgewinns stets begrenzt sind und den o. g. Grenzen der Erkenntnisfähigkeit unterliegen. Daraus ergibt sich zwangsläufig, daß auch staatliches Handeln auf diesem Gebiet nie zu einem Abschluß gelangen und damit immer von neuem hinterfragt und kritisiert werden kann, selbst wenn keine wesentlich neuen Erkenntnisse vorliegen.

Maßnahmen des Staates zur Abwehr bzw. vorsorglichen Vermeidung von Gefahren, die als evident oder wahrscheinlich erkannt wurden, sind in den zurückliegenden Jahren in vielfältiger Weise getroffen worden. Selten sind dabei die übergreifenden Zielsetzungen dieser Maßnahmen in Frage gestellt worden, wenn auch die Verhältnismäßigkeit der einen oder anderen Maßnahme retrospektiv in einem anderen Licht erscheinen mag.

Insbesondere in Bereichen, in denen aus den genannten Gründen bisher noch keine staatlichen Maßnahmen getroffen wurden, wird die Diskussion weitergehen. In einem Stadium, in dem der Erkenntnisstand oder die Erkenntnisfähigkeit eine an rationalen wissenschaftlichen Kriterien orientierte Entscheidung nicht möglich macht, kommen als Kriterien in verstärktem Umfang philosophisch-weltanschauliche oder politisch-ideologische Aspekte ins Spiel. Die wünschenswerte Konsensbildung im Vorfeld staatlicher Entscheidungen kann in diesen Fällen oft nicht erreicht werden.

Vor diesem Hintergrund wird es als staatliche Aufgabe gesehen, den Erkenntnisgewinn im Rahmen der gegebenen Grenzen voranzubringen, das vorhandene Wissen zur Bedeutung von Umwelteinflüssen auf die menschliche Gesundheit kontinuierlich zu bewerten und – soweit möglich – aus einer vergleichenden Bewertung Prioritäten für staatliches Handeln abzuleiten. Teilweise bedarf es dazu noch der Entwicklung geeigneter Instrumente und Strukturen. Weiterführende Vorschläge dazu werden das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit und das Bundesministerium für Gesundheit mit dem gemeinsamen Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit bis zum Sommer 1998 vorlegen.

I. Generelle Fragen

1. Was sind nach Auffassung der Bundesregierung die 40 wichtigsten Schadstoffe bzw. Schadstoffgruppen und Belastungen (z. B.Lärm, elektromagnetische und radioaktive Strahlung) in Deutschland, die für Umwelt- und Gesundheitsschäden verantwortlich sind (soweit möglich Prioritätenliste)?

   In welchen Mengen werden diese Schadstoffe/Umweltbelastungen freigesetzt, und mit welchen Produkten sind diese Stoffe/Umweltbelastungen in Verbindung zu bringen?

   Welche Emissions- bzw. Immissionsgrenzwerte gibt es für diese Stoffe bzw. Stoffgruppen bzw. Umweltbelastungen?

   Welche Unsicherheiten bestehen bei einer Prioritätensetzung?

Zu einer Prioritätensetzung innerhalb aller bekannten umwelt- oder gesundheitsbelastenden Schadstoffe, Schadstoffgruppen und Belastungen ist unter anderem eine Gewichtung der durch die einzelnen Stoffe gefährdeten Schutzgüter und der Risikopotentiale der Stoffe gegeneinander notwendig. Eine dazu erforderliche übergreifende Risikoabschätzung unter dem Aspekt Umwelt und Gesundheit ist derzeit wissenschaftlich und praktisch nicht möglich und wird angesichts der Vielzahl der in die Gewichtung einzubeziehender Faktoren und Einzelbewertungen und der unterschiedlichen Sicherheit der zugrundeliegenden Aussagen auch mittelfristig nicht leistbar sein. Ansätze zur Entwicklung eines umfassenderen Konzeptes zur Risikoabschätzung sollen im Rahmen des nationalen Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit vorgestellt werden, das derzeit vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit erarbeitet wird.

Im Europäischen Altstoffverzeichnis sind ca. 100 000 Altstoffe aufgeführt, die erstmals vor dem 18. September 1981 in der EG in den Verkehr gebracht worden waren und von denen heute noch ca. 10 000 bis 20 000 von wirtschaftlicher Bedeutung und damit von Relevanz im Hinblick auf den Schutz von Mensch und Umwelt sind. Hinzu kommen jährlich etwa 500 nach dem Chemikaliengesetz neu angemeldete Stoffe, nach dem Pflanzenschutzgesetz zugelassene Pflanzenschutzmittel sowie biozide Wirkstoffe. Sie alle sind potentiell für Mensch und Umwelt gefährlich. Um das Ausmaß der Gefährdung abschätzen zu können, sind ausreichende Informationen zu Exposition und Wirkung erforderlich.

Die 1993 in Kraft getretene EG-Altstoffverordnung legt fest, daß die europäische Industrie zu allen industriellen Chemikalien mit einer jährlichen Vermarktungsmenge von mehr als 10 Tonnen die zur Beurteilung ihrer Gefährlichkeit erforderlichen Daten vorlegen muß. Dabei werden in einem abgestuften Verfahren zunächst die verfügbaren Daten zu den Großchemikalien (> 1 000 t/Jahr), anschließend auch die Chemikalien mit geringerer Produktionsmenge einbezogen und die Möglichkeit eröffnet, die Erzeugung und Übermittlung noch nicht vorhandener Daten, z. B. über toxische Auswirkungen, zu verlangen. Auf der Basis der erhaltenen Daten erstellt die Kommission in Absprache mit den Mitgliedstaaten regelmäßig Listen vorrangig zu prüfender Stoffe, wobei ein Stoff vorrangig zu bearbeiten ist, der wegen seiner möglichen Auswirkungen auf Mensch und Umwelt besonderer Aufmerksamkeit bedarf. Die daraus resultierenden Listen mit prioritären Stoffen werden im Amtsblatt der EU veröffentlicht. Für jeden der Prioritätsstoffe wird ein Mitgliedstaat bestimmt, der für die Bewertung des Stoffes zuständig ist. Der jeweilige Mitgliedstaat nimmt eine vertiefte Risikobewertung hinsichtlich Toxizität und Exposition vor. Als Ergebnis wird eine Einschätzung darüber abgegeben, ob die Umwelteinträge im Vergleich zu den Wirkkonzentrationen so hoch sind, daß Risikominderungsmaßnahmen als erforderlich angesehen werden.

Die Prioritätensetzung bei der Bearbeitung der Altstoffe erfolgt anhand vorhandener Daten. Ob und in welchem Umfang valide Daten vorliegen, die darauf rückschließen lassen, daß von einem Stoff oder einer Stoffgruppe erhebliche Risiken für die Umwelt oder die Gesundheit ausgehen, kann in der Regel erst nach einer derartigen Bewertung beurteilt werden.

Unabhängig von dieser Festlegung prioritärer Schadstoffe im Rahmen der EU-Altstoffverordnung wurden in der Vergangenheit bereits wichtige Schadstoffe erkannt und entsprechend reglementiert, so z. B. Schwermetalle wie Blei, Cadmium und Quecksilber. Hier konnten durch gesetzliche Maßnahmen (z. B. Benzin-Blei-Gesetz) oder andere Produktentwicklungen (z. B. cadmiumfreie Pigmente) die Emissionen und die Immissionen deutlich zurückgedrängt werden. Dies schlägt sich in den im Auftrag des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit in den Umwelt-Surveys erhobenen Daten zur korporalen Belastung der Bevölkerung nieder.

Neben einer Prioritätensetzung auf der Grundlage der Eigenschaften der einzelnen Stoffe ist auch eine Benennung der jeweils für ein bestimmtes Umweltmedium besonders bedeutenden Schadstoffe, Schadstoffgruppen oder Belastungen denkbar. So sind z. B. für das Umweltmedium Außenluft als prioritäre Schadstoffe zu nennen: partikuläre Luftverunreinigungen mit einem Durchmesser der Partikel unter 10 µm, Stickoxide, Kohlenmonoxid, bodennahes Ozon, Kanzerogene (Benzol, polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe). Für die Innenraumluft sind Tabakrauch, Kohlenmonoxid, Stickoxide, leicht- und schwerer flüchtige organische Verbindungen, Biozide und Radon bedeutsam; für das Trinkwasser können z. B. Nitrat, Blei, Nickel, Arsen, Pestizide, Desinfektionsnebenprodukte (Trihalogenmethane, Bromat) und Borat genannt werden.

Unter gesundheitlichen Aspekten dürfen auch „natürliche" Belastungen nicht vernachlässigt werden. So sind bei vielen Asthmatikern z. B. Hausstaubmilben, Katzenspeichel, Blütenpollen, aber auch Kälte und körperliche Anstrengung als Auslöser von Asthmaanfällen von größerer Bedeutung als Schadstoffe.

Bei den Lebensmitteln sind in Deutschland die Kontaminationen mit Schadstoffen im Vergleich zur falschen Ernährung sowie zum Alkohol-, Tabak- und Arzneimittelmißbrauch für die Gesundheit der Bevölkerung in der Regel von geringerer Bedeutung.

Unter den physikalischen Umwelteinflüssen stellt der Lärm ein prioritäres Gesundheitsrisiko dar. Nach bisher vorliegenden Ergebnissen epidemiologischer Studien muß z. B. durch Straßenverkehrslärmbelastungen oberhalb 65 bis 70 dB (A) Mittelungspegel am Tage bzw. 55 bis 60 dB (A) Mittelungspegel nachts eine Erhöhung des Herzinfarktrisikos befürchtet werden.

Da aus oben genannten Gründen eine medienübergreifende, abschließende Benennung der „40 prioritären Schadstoffe, Schadstoffgruppen und Belastungen" nicht möglich ist, kann hinsichtlich spezifischer Angaben zu Emissionsmengen einzelner Stoffe nur auf die bestehenden Berichte verwiesen werden, die im Rahmen der EU-Altstoffbewertung für einige prioritäre Chemikalien bereits angefertigt wurden sowie auf die

Monographien des Beratungsgremiums für Altstoffe (BUA) (Hrsg.: Gesellschaft Deutscher Chemiker, BUA; Hirzel-Verlagsgesellschaft, Stuttgart). Emissions- bzw. Immissionsgrenzwerte finden sich in den entsprechenden gesetzlichen Regelungen (insbesondere den untergesetzlichen Regelungen zum Chemikaliengesetz, Bundes-Immissionsschutzgesetz, Wasserhaushaltsgesetz und Bundes-Seuchengesetz).

2. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß die Kenntnis der wichtigsten Schadstoffe/Belastungen, die für Umwelt- und Gesundheitsschäden verantwortlich sind, eine wichtige Voraussetzung für einen vorsorgenden Umwelt- und Gesundheitsschutz ist, und was unternimmt die Bundesregierung, um die Kenntnis der wichtigsten Schadstoffe unter Beteiligung der Umwelt- und Verbraucherschutzorganisationen ständig zu aktualisieren?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß die Kenntnis für Umwelt- und Gesundheitsschäden verantwortlicher Schadstoffe und Belastungen eine entscheidende Voraussetzung für eine Verbesserung des Umwelt- und Gesundheitsschutzes ist.

Wegen der großen Zahl von Chemikalien – in den EU-Ländern befinden sich, wie in Frage 1 dargestellt, etwa 10 000 bis 20 000 von wirtschaftlicher Relevanz im Umlauf, wozu noch zahlreiche Abfallstoffe hinzukommen – müssen die Ressourcen gezielt eingesetzt werden, um in einem überschaubaren Zeitraum alle relevanten Stoffe bewerten zu können. Eine systematische Prioritätensetzung und Risikobewertung von Industriechemikalien, deren Vermarktungsmenge über 10 t/Jahr liegt, erfolgt im Rahmen der Altstoffbewertung nach der EG-Altstoffverordnung (siehe Antwort zu Frage 1).

Die Bundesregierung setzt sich intensiv dafür ein, den Bearbeitungsprozeß bei der Altstoffbewertung zu beschleunigen, damit diejenigen Chemikalien, bei denen ein besonderes Risikopotential für Mensch und Umwelt vermutet wird, im Rahmen der EG-Altstoffverordnung vordringlich bewertet werden. Diese Aktivitäten auf EU-Ebene werden unterstützt durch das deutsche Altstoffprogramm, in dem ebenfalls Stoffe mit Produktionsmengen unter 1 000 t/Jahr bearbeitet werden.

Eine bestmögliche Kenntnis der relevanten Stoffeigenschaften ist jedoch nur durch internationale Zusammenarbeit zu erreichen. Die Bundesregierung sieht es daher als vorrangig an, neben den beschriebenen Aktivitäten weiterhin das Chemikalienprogramm der OECD zu unterstützen und die Ergebnisse der Rio-Konferenz (Kapitel 19, Agenda 21) zu realisieren.

Einen weiteren wichtigen Schritt in Richtung Chemikaliensicherheit im internationalen Rahmen stellt die Mitte März 1998 zur Zeichnung durch die VN-Mitgliedstaaten fertiggestellte PIC-Konvention dar (Export gefährlicher Stoffe nur nach Zustimmung durch Import-Land).

Zusätzlich zur Altstoffbewertung erfolgt die Bewertung von Stoffen, die neu in den Verkehr gebracht werden sollen, im Rahmen des Anmeldeverfahrens nach dem Chemikaliengesetz und der Bewertung von Pflanzenschutzmitteln im Rahmen des Zulassungsverfahrens nach dem Pflanzenschutzgesetz.

Eine weitere wichtige Informationsquelle für den Verbraucherschutz ist die Giftinformationsverordnung zum Chemikaliengesetz. Sie verpflichtet die Hersteller von bestimmten gefährlichen Zubereitungen sowie Ärzte, die zur Behandlung von Vergiftungen herangezogen werden, zu Mitteilungen an eine zentrale Meldestelle im Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV). Die Verordnung enthält nähere Bestimmungen über Art, Umfang, Inhalt und Form der Mitteilungen. Die Auswertung der Mitteilungen führt zu wichtigen Erkenntnissen über Auswirkungen gefährlicher Stoffe auf den Menschen, die die durch Laborversuche gewonnenen Erkenntnisse ergänzen.

Die Bundesregierung verfolgt kontinuierlich die Entwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Auswirkungen von Umwelteinflüssen. Sie wird dabei von den wissenschaftlichen Bundesoberbehörden sowie verschiedenen Beratungsgremien unterstützt; dabei wird auch der Sachverstand von Umwelt- und Verbraucherschutzorganisationen ebenso wie der der Industrieverbände einbezogen. Zur Aktualisierung des Erkenntnisstandes trägt die institutionelle und projektbezogene Forschungsförderung der Bundesregierung bei.

Weitere Verbesserungen der Erkenntnisse liefern die „Environmental Health Criteria"-Bände des International Programme on Chemical Safety (IPCS). Dieses Programm wurde 1980 vom Umweltprogramm der Vereinten Nationen (UNEP), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) gegründet und wird von der Bundesregierung unterstützt.

3. Ist die Bundesregierung bereit, wie in Holland konkrete Umweltziele festzulegen, z. B. Verminderungsziele für die Freisetzung von Stoffen wie Dioxine, Schwermetalle, Nitrat, Lösungsmittel, den Einsatz von PVC, die Ausbringung von Pestiziden bzw. der 40 Stoffe bzw. Stoffgruppen und Belastungen, die in Frage 1 genannt werden?

Die Bundesregierung hält es für erforderlich, daß in allen Fällen, in denen die Bewertung ein Risiko für Mensch und Umwelt erbracht hat, Maßnahmen im Rahmen eines Risikomanagements zügig vorgenommen werden. Kosten-Nutzen-Abschätzungen sollten im Sinne von Kosten-Effektivitäts-Betrachtungen als Entscheidungshilfe für die wirkungsvollste der in Frage kommenden Maßnahmen zur Risikoreduzierung herangezogen werden.

Die Bundesregierung hat bereits eine Reihe von Verminderungszielen für die Freisetzungen von Stoffen festgelegt, z. B. ist nach der Chemikalienverbotsverordnung das Inverkehrbringen zahlreicher Stoffe, Zubereitungen und Erzeugnisse beschränkt bzw. verboten; die Gefahrstoffverordnung enthält hierzu korre-

spondierende Herstellungs- und Verwendungsverbote und -beschränkungen. Ferner bestehen Regelungen zur Verhinderung bzw. Beschränkung z. B. von Dioxinen aus Müllverbrennungsanlagen im Rahmen der Verordnung über Verbrennungsanlagen für Abfälle und ähnlich brennbare Stoffe (17. Bundes-Immissionsschutzverordnung). Hinsichtlich der Einleitung von Abwasser in Gewässer hat die Bundesregierung für eine Vielzahl von industriellen Bereichen und für das kommunale Abwasser Anforderungen nach dem Stand der Technik gemäß § 7 a WHG festgelegt.

Durch entsprechende Maßnahmen bei der Entwicklung, Zulassung und Anwendung von Pflanzenschutzmitteln ist es gelungen, das Risiko möglicher schädlicher Auswirkungen von Pflanzenschutzmitteln auf die Gesundheit von Mensch und Tier sowie den Naturhaushalt auf ein Minimum zu reduzieren. Dieses erfolgreiche dynamische Konzept der Risikominimierung ist einem rein statistischen Konzept der bloßen regelmäßigen Reduktion von Pflanzenschutzmitteln, wie es in den Niederlanden, Dänemark und Schweden durchgeführt wurde, überlegen, denn der Ansatz der Reduktion beinhaltet keine Risikobewertung der Wirkstoffe bzw. Pflanzenschutzmittel und wird damit den unterschiedlichen biologischen Aktivitäten der Wirkstoffe und Pflanzenschutzmittel nicht gerecht. Darüber hinaus stellt der Verzicht auf Pflanzenschutzmittel nicht immer die bessere Alternative dar, beispielhaft sei hier die Gefährdung durch Mykotoxine in der Nahrung genannt.

Die Niederlande haben eine Reduktion ähnlich wie Schweden durch Einschränkungen erzielt, die auch in der Bundesrepublik Deutschland aufgrund gesetzlicher Vorgaben bereits gegeben sind. Beispielsweise wurde die in den Niederlanden lange Zeit intensive Anwendung von Bodenentseuchungsmitteln deutlich reduziert; in Deutschland spielen aufgrund der schärferen Zulassungsvoraussetzungen Bodenentseuchungsmittel keine Rolle mehr. In Schweden ist die Reduktion maßgeblich über die Einschränkung der Ausbringung auf Nichtkulturland erfolgt; diese Anwendung ist in der Bundesrepublik Deutschland seit 1987 durch das Pflanzenschutzgesetz (§ 6 Abs. 1) grundsätzlich untersagt.

4. Wie weit sind Untersuchungen, die zunehmende Zahl tödlicher Unfälle zu vermindern, gediehen, und was hat die Bundesregierung zur Verwirklichung des gemeinsamen Ziels der Umwelt- und Gesundheitsminister auf der Europa-Konferenz „Umwelt und Gesundheit" im Juni 1994 in Helsinki unternommen, auf der vereinbart wurde, als ersten Schritt in der gesamten Region auf einheitlicher Grundlage Informationen über umwelt- und verhaltensbedingte Ursachen bestimmter Kategorien von Unfällen auszuwerten?

Alle meldepflichtigen, nichttödlichen und tödlichen Arbeitsunfälle werden in Deutschland seit Jahren routinemäßig erfaßt, ausgewertet und im jährlich erscheinenden Unfallverhütungsbericht der Bundesregierung veröffentlicht.

Darüber hinaus werden die tödlichen Arbeitsunfälle von den Aufsichtsbehörden der Länder (Gewerbeaufsichtsämter und Ämter für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik) an die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BMA) gemeldet und dort nach Unfallschwerpunkten im Berichtsjahr ausgewertet und untersucht. Diese Auswertungen über die Unfallschwerpunkte bei tödlichen Arbeitsunfällen werden von der BAuA veröffentlicht. Den o. a. Berichten der letzten Jahre ist zu entnehmen, daß die tödlichen Arbeitsunfälle in den letzten Jahren zurückgegangen sind, und zwar im Jahr 1995 um 6,8 % und 1996 um 4,6 %. Die Daten über die tödlichen Unfälle werden auch an die Europäische Union (EUROSTAT) übermittelt.

Im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin wurde auch eine Repräsentativstudie zur Ermittlung von Heim- und Freizeitunfällen durchgeführt. Als Ergebnis dieser Studie wurden für das Jahr 1996 ca. 5,25 Millionen Heim- und Freizeitunfälle registriert. 1992 betrug diese Zahl noch 4,8 Millionen Unfälle. Erklärt werden kann dieser Anstieg durch einen erhöhten zeitlichen Anteil, den die Menschen außerhalb der Arbeit verbringen, z. B. durch vermehrte Teilzeitarbeit, durch Verkürzung der Wochen- und Lebensarbeitszeit, aber auch durch höhere Arbeitslosigkeit. Hinzu kommt die Nutzung neuer Geräte, wie z. B. Inline-Skates, die vor wenigen Jahren noch fast keine Rolle spielten.

5. Welche Schadstoffe bzw. Schadstoffgruppen sind in welchen Konzentrationen in der Muttermilch nachweisbar?

Haben sich in den letzten zehn Jahren signifikante Änderungen der nachweisbaren Schadstoffe ergeben?

Im Fettgewebe des Menschen finden sich lipophile (fettlösliche) Substanzen in höherer Konzentration als im Blut. Auch Muttermilch enthält wegen ihres Fettanteils im Vergleich zu Blut höhere Konzentrationen solcher Substanzen. Zu den bekanntesten fettlöslichen Verbindungen, die in der Muttermilch nachgewiesen werden, gehören die Organochlorverbindungen, die üblicherweise mit der Nahrung in den menschlichen Organismus gelangen. Diese Substanzgruppe umfaßt neben verschiedenen Organochlorpestiziden (χ-HCH, Dieldrin, Heptachlor(expoxid), HCB, DDT/DDE) α- und β-HCH sowie die polychlorierten Biphenyle (PCB) und Dibenzodioxine und -furane (PCD/F, Dioxine). Die meisten dieser Verbindungen reichern sich wegen ihrer langen Halbwertszeit im Fettgewebe und damit auch in der Muttermilch an.

Seit 1993 werden synthetische Duftstoffe in Muttermilch nachgewiesen. Zu den identifizierten Duftstoffen gehören Nitromoschusverbindungen und polycyclische Moschusverbindungen. Diese Duftstoffe werden insbesondere in Waschmitteln und in kosmetischen Mitteln eingesetzt und gelangen auf diese Weise in die Gewässer. Durch den Verzehr von Speisefischen aus diesen Gewässern und durch die Resorption der

Duftstoffe aus kosmetischen Mitteln läßt sich das Vorkommen dieser Duftstoffe in Muttermilch erklären.

Konzentrationsmessungen persistenter Organochlorverbindungen werden von den für die Gesundheitsüberwachung zuständigen Ländern regelmäßig veröffentlicht (z. B. Jahresberichte) und wurden mehrfach publiziert (B. Vieth, B. Heinrich-Hirsch, H. Beck [1996]: Trends der Rückstandsgehalte an Organochlor- und Nitromoschusverbindungen in Frauenmilch der Bundesrepublik Deutschland, Tätigkeitsbericht 1995 des Bundesinstituts für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin [S. 158–163], MMV Medizinischer Verlag GmbH; B. Heinrich-Hirsch, H. Beck [1994]: Bestandsaufnahme von Daten zur Belastung von Frauenmilch mit Organochlorpestiziden und polychlorierten Biphenylen in der Bundesrepublik Deutschland, Tätigkeitsbericht 1993 des Bundesinstituts für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin [S. 265–269], MMV Medizinischer Verlag GmbH; L. Alder, H. Beck, W. Mathar, R. Palavinskas [1994]: PCDDs, PCDFs, PCBs and other Organochloride Compounds in Human Milk Levels and their Dynamics in Germany, Organohalogen Compounds, 21, 39 : 44). Für Dioxine lag im Jahr 1996 der mittlere Gehalt bei 14,2 ng l-TEq/kg Milchfett. Für polycyclische Moschusverbindungen, für die bisher nur sehr wenige Untersuchungen vorliegen, wurden 1996 folgende Werte publiziert: 0,015 bis 0,61 mg Galaxolide (HHCB)/kg Milchfett, 0,011 bis 0,89 mg Tonalide (AHTN)/kg Milchfett und 0,001 bis 0,0024 mg Celestolide (ADBI)/kg Milchfett.

In den mittlerweile ca. 25 000 untersuchten Muttermilchproben sind seit Anfang der 80er Jahre deutlich sinkende Konzentrationen zu verzeichnen. Für die Verbindungen α-, β-, χ-HCH, HCB, DDT/DDE und Dieldrin ist ein Rückgang um mehr als 80 %, für Heptachlor(expoxid) und PCB ein Rückgang um etwa 50 bis 70 % zu nennen. Für die Verbindungen α-HCH, χ-HCH, Heptachlorepoxid und Dieldrin liegen die Analysewerte seit einigen Jahren bereits in der Nähe der Nachweisgrenze bzw. darunter. Für die erst seit kurzem und in geringem Umfang gemessenen polycyclischen Moschusverbindungen kann derzeit ein zeitlicher Trend nicht angegeben werden, wohingegen für die inzwischen in größerer Zahl gemessenen Nitromuschusverbindungen erste Anzeichen für einen Rückgang der Belastung vorliegen.

In den vergangenen Jahren wurden ca. 2 000 Dioxinanalysen in Muttermilch durchgeführt. Das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV) hat diese vornehmlich von den Ländern erhobenen Daten dokumentiert. Der Dokumentation ist zu entnehmen, daß der Gehalt an Dioxinen in der Muttermilch seit einigen Jahren kontinuierlich abnimmt und inzwischen unter 50 % der Werte aus den 80er Jahren gesunken ist. Während der Dioxingehalt in der Muttermilch Ende der 80er Jahre noch über 30 ng Teq/kg Milchfett betrug, liegt die Konzentration des Schadstoffes heute unter 15 ng Teq/kg Milchfett.

Die Minderung der Einträge von Dioxinen und anderen Organochlorverbänden in die Umwelt und der Rückgang der entsprechenden Belastungen der Muttermilch demonstrieren in eindrucksvoller Weise den Erfolg umweltpolitischer Maßnahmen. Die Nationale Stillkommission hat – wie bisher auch das BgVV – in ihrer Stillempfehlung vom November 1995 den Müttern empfohlen, die Kinder bis zum Übergang auf Löffelnahrung (d. h. vier bis sechs Monate) voll zu stillen. Die Stillkommission sieht auch kein Risiko für den Säugling, wenn danach – zusätzlich zu Beikosten und Kindernahrung – noch weiter gestillt wird. Aufgrund der stark zurückgegangenen Gehalte an Fremdstoffen in Muttermilch schlägt die Nationale Stillkommission vor, die Untersuchung von Muttermilch zu beschränken, was in einzelnen Ländern bereits praktiziert wird.

Die Verfolgung und Bewertung der Rückstandssituation anhand von Muttermilchproben ist jedoch auch weiterhin wichtig, um die Entwicklung der Belastungssituation zu verfolgen und ggf. notwendige Maßnahmen zu identifizieren sowie eventuell neu auftretende Belastungen zu erkennen.

6. Ist die Bundesregierung bereit, sich für ein europaweites Verbot der Herstellung, des Inverkehrbringens und der Anwendung von schwer abbaubaren Pflanzenbehandlungsmitteln einzusetzen, die häufig in der Muttermilch und im Grundwasser in erheblichen Mengen gefunden werden, und was hat sie auf EU-Ebene dazu unternommen?

Die in der Frage enthaltene Aussage, daß Pflanzenschutzmittel in erheblichen Mengen im Grundwasser und in der Muttermilch gefunden werden, trifft nicht zu. Soweit in der Bundesrepublik Deutschland im Grundwasser und der Muttermilch Pflanzenschutzmittelwirkstoffe in sehr geringen Konzentrationen nachgewiesen werden, handelt es sich fast aunahmslos um Wirkstoffe, deren Anwendung als Pflanzenschutzmittel in der Bundesrepublik Deutschland mittlerweile verboten ist.

Das Inverkehrbringen von Pflanzenschutzmitteln innerhalb der Europäischen Union ist mit der Richtlinie 91/414/EWG des Rates vom 15. Juli 1991 über das Inverkehrbringen von Pflanzenschutzmittein harmonisiert worden. Zur Zeit werden danach alle Pflanzenschutzmittelwirkstoffe mit Hilfe eines gemeinschaftlichen Bewertungsverfahrens einer erneuten Risikobewertung unterzogen, um die Wirkstoffe zu ermitteln, die bei sachgerechter Anwendung keine schädlichen Auswirkungen auf die Gesundheit von Mensch und Tier und keine unvertretbaren Auswirkungen auf den Naturhaushalt erwarten lassen und damit prinzipiell als Pflanzenschutzmittelwirkstoffe geeignet sind. Nach Abschluß dieser Bewertungsverfahren dürfen von den Mitgliedstaaten nur solche Wirkstoffe in Pflanzenschutzmitteln (im folgenden als PSM abgekürzt) zugelassen werden, deren prinzipielle Eignung nachgewiesen worden ist. Bezüglich des in der vorliegenden Frage angesprochenen Einsatzes schwerabbaubarer PSM bedeutet dies, daß eine Zulassung nur dann erteilt wird, wenn der Wirkstoff sowie seine Metaboliten, Abbau- und Reaktionsprodukte, sofern diese toxikologisch, ökotoxikolo-

gisch oder ökologisch von Bedeutung sind, unter den für das Pflanzenschutzmittel vorgeschlagenen Anwendungsbedingungen strenge Anforderungen bezüglich der zu tolerierenden Persistenz und Neigung zur Bioakkumulation erfüllen. Die Schwerabbaubarkeit allein stellt kein Ausschlußkriterium für die Zulassung von PSM dar. Sollten sich hierdurch jedoch schädliche Auswirkungen im Sinne von § 15 Abs. 1 Nr. 4a des Pflanzenschutzgesetzes ergeben, so werden in der Bundesrepublik Deutschland bereits bis hin zum Anwendungsverbot reichende Maßnahmen ergriffen (siehe Pflanzenschutz-Anwendungsverordnung). Da schwerabbaubare Stoffe in der Regel unpolar sind und damit gut an der organischen Substanz des Bodens adsorbiert werden, tritt eine Verlagerung dieser Stoffe mit dem abwärtsgerichteten Sickerwasserstrom hin zum Grundwasser nur in sehr geringem Maße ein. Eine Verlagerung von der Bodenoberfläche in das Grundwasser ist aus diesen theoretischen Überlegungen heraus auch langfristig wenig wahrscheinlich. Die bekannten Befunde bestätigen diese Überlegung.

Werden bei der Überprüfung der Wirkstoffe Risiken erkennbar, die so groß sind, daß die Anwendung des Stoffes weder ganz noch teilweise hingenommen werden kann, wird der Wirkstoff in die Richtlinie 79/117/EWG des Rates vom 21. Dezember 1978 über das Verbot des Inverkehrbringens und der Anwendung von Pflanzenschutzmitteln, die bestimmte Wirkstoffe wie beispielsweise DDT, Chlordan, Eldrin, Dieldrin oder Toxaphen enthalten, aufgenommen. Dies hat dazu geführt, daß Wirkstoffe, die in der Vergangenheit vereinzelt auch im Grundwasser oder der Muttermilch nachgewiesen werden konnten, mittlerweile EU-weit verboten sind. Die Entscheidung darüber, ob und inwieweit weitere Restriktionen erforderlich sind, berührt auch Wirkstoffe, die in der Bundesrepublik Deutschland nach der Pflanzenschutz-Anwendungsverordnung bereits seit längerem verboten sind, wie z. B. Atrazin.

Darüber hinaus wird sich die Bundesregierung aktiv an der Erarbeitung eines rechtlich verbindlichen Instruments zur Minderung der von persistenten organischen Stoffen ausgehenden Risiken auf VN-Ebene beteiligen. Zunächst stehen zwölf Stoffe im Mittelpunkt, bei denen es sich um Pflanzenschutzmittel, Chemikalien und unbeabsichtigte Nebenprodukte handelt. Mit den Verhandlungen wird auf einem ersten Treffen Mitte 1998 begonnen werden. Schon im Vorfeld hat die Bundesregierung UNEP sowohl finanziell als auch durch Sachverstand bei den Vorbereitungen der Verhandlungen unterstützt.

Die Bundesregierung hat sich stets für ein europaweites Anwendungsverbot besonders kritischer Stoffe wie z. B. Atrazin eingesetzt. Die Einstellung der Stoffe in den Anhang der Verbotsrichtlinie 79/117/EWG ist bisher aber nur zum Teil gelungen.

Wie im nationalen Zulassungsverfahren nach dem Pflanzenschutzgesetz (PflSchG) ist auch in der Richtlinie 91/414/EWG der Schutz des Grundwassers vor Einträgen von PSM detailliert berücksichtigt (Annex II, III und VI). Die Bundesrepublik Deutschland setzt sich im EU-Verfahren hinsichtlich der Aufnahme von PSM-Wirkstoffen – ausgehend von dem Prinzip eines unteilbaren Grundwasserschutzes – strikt dafür ein, daß potentielle Grundwasserkontaminanten nicht in den Anhang 1 (Abtl. 4/BML: Bitte Bezeichnung des Anhangs ergänzen) der vorgenannten Richtlinie eingestellt werden.

Nachdrücklich ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß bei positiven Meldungen zu Funden von PSM in aquatischen Ressourcen, d. h. auch im Grundwasser, in der Regel nicht der Schluß gezogen werden kann, daß die Ursache dafür die bestimmungsgemäße und sachgerechte Mittelanwendung ist. Vielmehr gehen anwendungsbedingte Belastungsursachen oftmals auf unsachgemäße Mittelverwendung sowie Beseitigung von PSM-Abwässern und PSM-Abfällen, nicht genehmigte Anwendungen auf landwirtschaftlich, gärtnerisch und forstwirtschaftlich nicht genutzten Flächen usw. zurück.

7. Wie steht die Bundesregierung zu dem Vorschlag, z. B. im Rahmen des Aktionsplanes Umwelt und Gesundheit, ein integriertes Schädlingsbekämpfungsprogramm (vergleichbar dem Integrated Pest Management [IPM]-Programm der General Services Administration in den USA) einzuführen, das zum Ziel hat, den Einsatz giftiger Pestizide durch den Einsatz vorbeugender Maßnahmen bzw. durch den Einsatz von Köderpräparaten, die die Innenraumluft nicht belasten, zu ersetzen?

Pflanzenschutz- und Schädlingsbekämpfungsmittel werden eingesetzt, um Probleme mit Schädlingsbefall entweder vorsorgend oder akut zu lösen. Die Nichtbekämpfung oder unzureichende Bekämpfung von Schädlingen, die in der Lage sind, Krankheiten zu übertragen (Krankheitserreger), kann zu Epidemien führen. Ein Verzicht auf diese Mittel setzt daher voraus, daß ebenso wirksame alternative Methoden oder Mittel einsetzbar sind. Anderenfalls wird der bisher erreichte Hygienestandard, vor allem bezogen auf die Seuchenhygiene, nicht aufrecht zu erhalten sein. Unter Berücksichtigung dieser Voraussetzung befürwortet und unterstützt die Bundesregierung Entwicklungen, die zur Verminderung des Einsatzes von Schädlingsbekämpfungsmitteln im Umfeld des Menschen führen. Das von den USA entwickelte und auf die Gegebenheiten der USA ausgerichtete IPM-Programm kann dabei als Anregung für die weiteren Anstrengungen in Deutschland einbezogen werden, ist jedoch nach Ansicht der Bundesregierung nicht ohne weiteres auf deutsche Verhältnisse übertragbar und auch teilweise in den Ansätzen ergänzungsbedürftig.

Das Ziel einer Minimierung des Einsatzes von Schädlingsbekämpfungsmitteln im Umfeld des Menschen ist nach Ansicht der Bundesregierung auf lange Sicht nur mit Maßnahmen der Biotopgestaltung erreichbar, die über das IPM-Programm hinausführen. Dazu ist die Untersuchung der Faktoren, die spezifisch für jede Tierart zur Massenentfaltung führt, erforderlich. Durch Weiterentwicklung biotopgestalterischer Maßnahmen für Raum und Freiland sollte langfristig angestrebt werden, daß Massenentwicklungen tierischer Schäd-

linge unterbunden werden. Für das Freiland steht das Ökosystem mit seinen Gesetzmäßigkeiten im Mittelpunkt von Forschungsansätzen, für den Siedlungsraum im engeren Sinne der Mensch, der aber auch im Freilandbiotop gestalterisch eingreift und hier neue Gesetzmäßigkeiten schafft, die eine Massenentfaltung von Schadorganismen fördern oder auch verhindern.

Weiterhin ist zur Klarstellung darauf hinzuweisen, daß auch Köderpräparate biozide Wirkstoffe enthalten, nur lassen sich damit Kontaminationsrisiken stark minimieren. Die Entwicklung wirksamer Köderpräparate hat in den letzten Jahren große Fortschritte erzielt, so daß im jeweiligen Anwendungsbereich bei sachgerechter Verwendung auf andere Biozide teilweise verzichtet werden kann.

8. Wie beurteilt die Bundesregierung die bisherigen Leistungen des IPM-Programms in den USA, durch das auf planmäßige Pestizideinsätze in Gebäuden der National Capital Region völlig verzichtet wird und der Einsatz von Insektensprays praktisch völlig eingestellt wurde, der bis zum Beginn des IPM-Programms 1988 noch als vorwiegend angewandte Art der Schädlingsbekämpfung galt?

Eines der Hauptziele des „Pesticide Programm" der amerikanischen Umweltbehörde EPA in bezug auf Pflanzenschutzmittel ist es, die Risiken zu reduzieren, die mit deren Einsatz verbunden sein können. Dabei spielt die Einbindung von IPM-Strategien eine wesentliche Rolle.

Integrated Pest Management (IPM) strebt danach, den Einsatz durch die Nutzbarmachung der Vorteile von alternativen (mechanischen, physikalischen oder biologischen) Methoden zur Bekämpfung von Schädlingen – wenn möglich – zu reduzieren. IPM soll hierbei die Verwendung von Pflanzenschutzmitteln unterstützen, die eine höhere Anwendersicherheit aufweisen und in der Umwelt weniger persistent sind. Weiterhin sollen vorrangig ältere risikobehaftete Pflanzenschutzmittel durch moderne Mittel substituiert werden.

Nach Informationen des BgVV wurden für 1998 zur stärkeren Aktivierung und Ausweitung des IPM-Programms etwa 498 000 US-$ im Rahmen der „Pesticide Environmental Stewardship Program" zur Verfügung gestellt, so daß ein breiterer Kreis von interessierten und qualifizierten Gruppen in den USA in diese Aktivitäten zur Erforschung und breiteren Anwendung alternativer Verfahren zur Bekämpfung von Pflanzenkrankheiten eingebunden werden kann.

Über die Leistungsfähigkeit des „IPM-Programms" in den USA bezüglich des völligen Verzichtes auf den Einsatz von Insektensprays in Gebäuden der National Capital Region liegen der Bundesregierung keine Kenntnisse vor.

Eine aktuelle Übersicht zu den genannten Aktivitäten werden die USA auf dem OECD IPM-Workshop vortragen, der vom 29. Juni bis 2. Juli 1998 in der Schweiz stattfinden wird.

9. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung darüber, daß in den USA die IPM-Richtlinien landesweit von den Liegenschaftsverwaltungsstellen im öffentlichen und großenteils auch im privaten Sektor übernommen werden?

Ist die Bundesregierung bereit, ein vergleichbares integriertes Schädlingsbekämpfungsprogramm für den öffentlichen Bereich zu initiieren, und wenn nein, warum nicht?

Der Bundesregierung liegen keine Angaben über die Umsetzung der IPM-Richtlinie in den USA vor.

Mittelfristiges Ziel sollte nach Ansicht der Bundesregierung die Entwicklung einer Strategie sein, die zu einem schrittweisen Abbau der Verwendung von Schädlingsbekämpfungsmitteln führen kann und die deutschen Verhältnisse, vor allem hinsichtlich Verhaltens- und Lebensweisen der Bevölkerung, berücksichtigt. Die Umsetzung entsprechender Konzepte in praktisch orientierte Maßnahmen setzt jedoch sowohl hochqualifizierte Fachkräfte als auch eine breite Aufklärung und Information der Öffentlichkeit voraus, die ihren Ansatz bereits mit in der Erziehung finden muß.

10. Wie beurteilt die Bundesregierung Initiativen von San Francisco, bis zum Jahre 2000 eine pestizidfreie Stadt zu werden, und ist sie bereit, derartige Initiativen in Deutschland zu unterstützen?

Wie beurteilt die Bundesregierung insbesondere den Beschluß der Verwaltung von San Francisco vom 15. Oktober 1996, aus vorsorgenden Umwelt- und Gesundheitsschutzgründen bis zum Jahre 2000 den Einsatz von Pestiziden zu verbieten, ein Ziel, das durch intensive Zusammenarbeit mit Spezialisten des Integrated Pest Management Programms erreicht werden kann, und ist sie bereit, entsprechende Initiativen in Deutschland zu unterstützen?

Die Ausgangssituation deutscher und US-amerikanischer Städte hinsichtlich des Schädlingsvorkommens läßt sich nicht ohne weiteres vergleichen. Das Ziel einer Stadt, die frei von Schädlingsbekämpfungsmitteln ist, wie es für San Francisco angestrebt wird, ist auf lange Sicht nur mit Maßnahmen der „Biotopgestaltung", die über jedes „IPM-Programm" hinausführen, erreichbar.

Ein Verbot von Schädlingsbekämpfungsmitteln im Umfeld des Menschen setzt ebenso wirksame, durchführbare alternative Maßnahmen voraus, wenn der bisher erreichte Hygienestandard – vor allem bezogen auf die Seuchenhygiene – aufrecht erhalten werden soll. Jede Entwicklung, die bei Aufrechterhaltung des Hygienezustandes zur Verminderung des Einsatzes von Schädlingsbekämpfungsmitteln im Umfeld des Menschen führt, ist unterstützungswürdig.

Zur Förderung der Reduzierung des Biozideinsatzes sind das im Rahmen des Ideenwettbewerbes für Leitprojekte des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF) zum Themenfeld „Nutzung des weltweit verfügbaren Wissens für Aus-, Weiterbildung und Innovationsprozesse"

hinsichtlich der Weiterentwicklung und Verbreitung des Wissens zur „Integrierten Schädlingskontrolle" und das vom UBA unterstützte Projekt „Informations-, Aus- und Weiterbildungszentrum für die zukunftsbeständige Schädlingsabwehr und Städteökologie" zu nennen. Ferner sind die in der oben genannten Studie zur „Erarbeitung von Richtlinien für die integrierte Schädlingsbekämpfung im nichtagrarischen Bereich" vorliegenden Kenntnisse und Konzepte zu erproben und weiterzuentwickeln. Diese sind dann für die unterschiedlichsten Zielgruppen in einer geeigneten, d. h. nutzergerechten Art und Weise aufzuarbeiten und vor allem Lehrprogrammen zur Aus- und Weiterbildung von mit der Schädlingsbekämpfung befaßten Berufsgruppen zugänglich zu machen.

Die Bundesregierung sieht trotz der Fortschritte in der Entwicklung von Alternativmethoden keine Voraussetzungen dafür vorliegen, daß innerhalb weniger Jahre vollständig auf Schädlingsbekämpfungsmitteln im Umfeld des Menschen verzichtet werden kann, ohne Verschlechterungen des Hygienestandards, insbesondere der Seuchenhygiene, in Kauf zu nehmen.

11. Ist die Bundesregierung bereit, die Gefährdung der Kindergesundheit durch Schadstoffe im Wasser, wie z. B. Nitrat, Pestizide und organische Chlorverbindungen sowie durch Blei oder Kupfer bei Wasser mit niedrigem pH-Wert, durch wirksamen Gewässerschutz zu verbessern, und welche Maßnahmen wird sie konkret durchführen?

    Ist die Bundesregierung bereit, sich in der EU für die Beibehaltung bzw. Durchsetzung von harmonisierten Emissionsgrenzwerten im Gewässerschutz einzusetzen und zusätzlich für Gewässer Qualitätsziele zu vereinbaren, damit die Wasserqualität langfristig verbessert wird, und wenn nein, warum nicht?

Die Gesundheit der Kinder in deutschen Haushalten ist bei Verwendung von Wasser, wie es die öffentliche Wasserversorgung liefert, nicht gefährdet. Die in der Fragestellung angesprochenen Gewässerbelastungen sind im allgemeinen so gering, daß sie nicht zu Gesundheitsgefährdungen führen können. Die Konzentration von Kupfer und Blei im Wasser wird nicht von der Gewässerqualität, sondern von den Wechselwirkungen zwischen dem verwendeten Wasser und den Bestandteilen der Hausinstallation bestimmt. Die im Entwurf der neuen europäischen Trinkwasserrichtlinie vorgesehenen Grenzwerte, für die sich auch die Bundesregierung eingesetzt hat, stellen den Gesundheitsschutz sicher. Die Bundesregierung wird insbesondere alle ihr möglichen Anstrengungen unternehmen, um die Umsetzung des neuen, niedrigen Bleigrenzwertes zu fördern.

Im übrigen sind die Gesundheitsämter aufgrund des § 11 BSeuchG und den Vorgaben der Trinkwasserverordnung verpflichtet, Sofortmaßnahmen einzuleiten, um die Bevölkerung zu warnen und geeignetes Wasser zur Verfügung zu stellen, wenn im Einzelfall aufgrund ungewöhnlicher Umstände eine gesundheitliche Gefährdung festgestellt wird.

Die Bundesregierung hat sich in der Europäischen Union bisher für harmonisierte Emissionsgrenzwerte im Gewässerschutz eingesetzt und wird dieses Ziel auch weiterhin mit Nachdruck verfolgen. Ist ein ausreichender Schutz hierdurch nicht gewährleistet, so sind qualitäts-(immissions-)bezogene Anforderungen (Qualitätsziele) des in Anspruch genommenen Gewässers zu fordern („kombinierter Ansatz" von Emissions- und Immissionsanforderungen). Die Festlegung anspruchsvoller Qualitätsziele – als Ergänzung zu Emissionsgrenzwerten – wird als geeignetes Mittel zur langfristigen Verbesserung der Wasserqualität angesehen.

12. Welche Ergebnisse hat das bundesweit durchgeführte „Lebensmittelmonitoring" insbesondere im Hinblick auf Lebensmittel, die an Tankstellen verkauft werden, gebracht?

    Wo wurden die Ergebnisse bisher veröffentlicht?

    Läuft dieses Monitoring-Programm auch heute noch, und wenn nicht, warum nicht?

Das bundesweite Lebensmittel-Monitoring als System wiederholter Beobachtungen, Messungen und Bewertungen von Gehalten an gesundheitlich unerwünschten Stoffen in und auf Lebensmitteln wurde nach einer mehrjährigen Entwicklungs- und Erprobungsphase mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes vom 25. November 1994 (BGBl. I S. 3538) rechtlich verankert (§ 46 c ff.). Im Benehmen mit einem Ausschuß aus Vertretern der Länder werden jährliche Monitoringpläne zur Durchführung des Lebensmittelmonitorings erstellt und vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen einer Verwaltungsvorschrift bekanntgemacht.

Die Ergebnisse des Lebensmittel-Monitoring werden vom Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin jährlich als gemeinsame Berichte des Bundes und der Bundesländer veröffentlicht. Die Berichte können über die Zentrale Erfassungs- und Bewertungsstelle für Umweltchemikalien des BgVV bezogen werden.

Spezielle Untersuchungen von Lebensmitteln, die an Tankstellen verkauft werden, waren nicht Bestandteil des bundesweiten Lebensmittelmonitoring.

Lebensmittel, die an Tankstellen verkauft werden, unterliegen der allgemeinen stichprobenartigen Lebensmittelüberwachung. Nach den der Bundesregierung vorliegenden Erkenntnissen haben die bisherigen Untersuchungen bisher keine Veranlassung für Beanstandungen seitens der amtlichen Lebensmittelüberwachung gegeben. Auch der Ausschuß Lebensmittelhygiene und Lebensmittelüberwachung sah keine Veranlassung für entsprechende Maßnahmen. Auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der SPD „Schadstoffbelastung von Lebensmitteln an Tankstellen" vom 3. März 1993 (Drucksache 12/4459) wird verwiesen.

13. Wie schätzt die Bundesregierung die Verfütterung von Fischmehl an Pflanzenfresser ein, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Schadstoffanreicherung in der Nahrungskette, und wird sie dagegen etwas unternehmen?

Fischmehl ist aufgrund des hohen Proteingehaltes und seiner hohen biologischen Wertigkeit ein hochwertiges Eiweißfuttermittel. In der Wiederkäuerfütterung wird Fischmehl aber nicht zuletzt wegen des momentan hohen Preises und der möglichen Alternativen kaum eingesetzt.

Wie alle Futtermittel unterliegt Fischmehl den strengen, in der EU einheitlichen Schadstoffregelungen der Richtlinie 74/63/EWG des Rates vom 17. Dezember 1973 über unerwünschte Stoffe und Erzeugnisse in der Tierernährung (ABl. Nr. L 38 vom 11. Februar 1974, S. 31; zuletzt geändert durch die Richtlinie 97/8/EG, ABl. Nr. L 48 vom 19. Februar 1997, S. 22) und national der Futtermittelverordnung.

Da Fischmehl in der Wiederkäuerfütterung in Deutschland keine Bedeutung hat, so daß auf diesem Wege keine Schadstoffe in die Nahrungskette eingetragen werden, sieht die Bundesregierung keine Notwendigkeit, weitere Regelungen im Rahmen der EU zu initiieren.

14. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, daß mehrere Millionen Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland unter Umständen krebserzeugenden Arbeitsstoffen ausgesetzt sind, da Klein- und Mittelbetriebe häufig überfordert sind, gefährliche Arbeitsstoffe durch weniger gefährliche zu substituieren, auch wenn das laut Gefahrstoffverordnung so sein sollte?

    Ist die Bundesregierung bereit, entsprechende Initiativen wie überbetriebliche Dienste, die maßgeschneiderte Lösungen anbieten könnten, zu unterstützen, und welche Mittel ist sie bereit, dafür zur Verfügung zu stellen?

Im gewerblichen Bereich dürfen nach geltendem Recht auch kleine und mittelständische Unternehmen mit nicht substituierbaren krebserzeugenden Arbeitsstoffen umgehen, da der Gesetzgeber davon ausgehen muß, daß die Vorschriften der Gefahrstoffverordnung beachtet werden. Über die Zahl der Arbeitnehmer, die in der Bundesrepublik Deutschland krebserzeugenden Arbeitsstoffen ausgesetzt sind, können aber keine zuverlässigen Aussagen gemacht werden. Der Umgang mit krebserzeugenden Gefahrstoffen ist zwar nach § 37 Gefahrstoffverordnung den zuständigen Landesbehörden zu melden, da diese Daten bisher aber noch nicht zusammengeführt und statistisch ausgewertet wurden, liegen zusammenfassende Übersichten mit genauen Zahlen über betroffene Beschäftigte noch nicht vor. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) ist bemüht, im Rahmen eines Eigenforschungsprojektes zusammen mit den Ländern diese Lücke zu schließen. Dies wird noch einige Zeit in Anspruch nehmen.

Zum Schutz der Arbeitnehmer vor Gefährdungen durch krebserzeugende Gefahrstoffe legt die Gefahrstoffverordnung – neben den zusätzlichen Vorschriften des 6. Abschnittes – für den Umgang mit krebserzeugenden Gefahrstoffen fest:

- In § 15 ein grundsätzliches Herstellungs- und Verwendungsverbot für einige besonders gefährliche krebserzeugende Gefahrstoffe;
- in § 15a ein Expositionsverbot ebenfalls für bestimmte besonders gefährliche krebserzeugende Gefahrstoffe und
- in § 15c ein Verbot, unter anderem kanzerogene Gefahrstoffe zur Verwendung in Heimarbeit zu überlassen.

Ob krebserzeugende Arbeitsstoffe ersetzt werden oder Ersatzverfahren Anwendung finden, hängt von der tatsächlichen Verfügbarkeit eines Ersatzstoffes bzw. -verfahrens und der Kenntnis darüber in den Betrieben sowie der Zumutbarkeit ab. Klein- und Mittelbetriebe sind hier in der Regel schlechter gestellt als größere Betriebe. Im Rahmen des Forschungsberichts Fb 703 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin wurde dies bestätigt. Dabei liegt ein grundsätzliches Problem darin, daß die Einführung von Ersatzstoffen zwar dem Schutz der Gesundheit der Beschäftigten dient, aber nicht primär wirtschaftlich interessant ist, da in vielen Fällen die Substitution kurzfristige Mehrkosten verursacht. Dieser freiwillig von den Betrieben zu leistende finanzielle Mehraufwand kann insbesondere von den kleinen und mittleren Unternehmen nicht immer geleistet werden. Gleichzeitig wirken die höheren Kosten hemmend auf die Entwicklung weniger gefährlicher Produkte in der herstellenden Industrie.

Der o. g. Forschungsbericht zeigt ebenfalls Überlegungen zur Unterstützung von Klein- und Mittelbetrieben beim Ersatz krebserzeugender Arbeitsstoffe und berichtet über entsprechende Erfahrungen. Danach geben technische Regeln für Gefahrstoffe (TRGS), die vom Ausschuß für Gefahrstoffe (AGS) erarbeitet werden, wichtige Impulse zum Einsatz weniger gefährlicher Stoffe. Weil im AGS die verschiedenen gesellschaftlichen Interessengruppen (Arbeitgeber, Gewerkschaften, Wissenschaftler und Aufsichtsbehörden) paritätisch vertreten sind, stellt er ein besonders geeignetes Gremium dar, in dem kompetent und im Konsens Leitlinien für die betriebliche Praxis geschaffen werden. Der AGS hat so z. B. die Ersatzmöglichkeiten für Asbest ermittelt. Weitere positive Beispiele für breit angelegte Ersatzstrategien auch in Kleinbetrieben und im Handwerksbereich sind die TRGS 610, 512, 613 und 617, die u. a. die Einsatzmöglichkeiten von lösemittelhaltigen Klebstoffen, Dichlormethan, chromathaltigen Zementen und Oberflächenbehandlungsmitteln regeln.

Nach der zwischenzeitlich gewonnenen Erfahrung ist die bloße Veröffentlichung einer TRGS zur Initiierung eines breit angelegten Ersatzprozesses aber nicht ausreichend. Es sind zusätzlich das verantwortliche Handeln und die Kooperation der Hersteller sowie breit angelegte Informationskampagnen innerhalb der Branche

durch Verbände, Innungen, Handwerkskammern und Aufsichtsbehörden erforderlich.

Ein positives Beispiel für die erfolgreiche Einführung weniger gefährlicher Stoffe sind die Reinigungsmittel auf Naturstoffbasis in der Druckindustrie. Hier hat das von der EU geförderte Projekt „Subsprint" dazu geführt, daß diese neuartigen Reinigungsmittel innerhalb weniger Jahre flächendeckend eingeführt wurden.

Auch das mit Unterstützung des BMBF aufgebaute Informationssystem GISBAU (Gefahrstoff-Informationssystem der Berufsgenossenschaften der Bauwirtschaft) hat erheblich dazu beigetragen, Informationsdefizite im Baubereich abzubauen und die Betroffenen zu einem sicheren Arbeiten mit Bauchemikalien anzuleiten. Mit der Entwicklung des GISCODES wurde darüber hinaus eine Möglichkeit geschaffen, weniger gefährliche Ersatzprodukte – auch ohne Kenntnisse der Chemie – leichter zu erkennen.

Aufgrund dieser positiven Erfahrungen mit branchenbezogenen Umsetzungsprojekten ist die weitere Förderung solcher Initiativen sehr wünschenswert.

Damit bei der Entwicklung neuer Produkte in gleichem Maße wirtschaftliche oder ökologische Gesichtspunkte berücksichtigt werden, müssen Strategien zur planmäßigen Entwicklung von gesundheitsverträglicheren Arbeitsstoffen gezielt gefördert werden. Die BAuA wird sich im Rahmen ihrer Forschungsplanung in den nächsten Jahren entsprechenden Projekten widmen. Ob und ggf. welche finanziellen Mittel zur Durchführung konkreter Projekte zur Verfügung gestellt werden können, kann derzeit nicht abgeschätzt werden.

15. Wie kann nach dem neu formulierten § 20 SGB V die präventive Diagnostik und Therapie umweltbedingter Krankheiten z. B. MCS (Multiple Chemical Sensitivity Syndrom), CFS (Chronisches Müdigkeitssyndrom), Allergien, Asthma usw. sichergestellt werden?

Die Diagnostik und Therapie von Krankheiten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung wird nicht in § 20, sondern in den §§ 27 ff. des Fünften Buches Sozialgesetzbuchs (SGB V) geregelt. Danach haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Demgegenüber regelt § 20 SGB V ausschließlich die Verhütung von Krankheiten. Das Spektrum dieser Vorschrift umfaßt die Zusammenarbeit mit den Trägern der Unfallversicherung und als Ermessensleistungen Schutzimpfungen und Förderung von Selbsthilfeeinrichtungen. Soweit Krankenkassen über den Rahmen des § 20 SGB V hinausgehende Leistungen zur Verhütung von Krankheiten erbringen wollen, ist dies seit dem 1. Juli 1997 auf der Basis des § 56 SGB V in der Fassung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes möglich. Die kostendeckenden Beiträge für diese „erweiterten Leistungen" sind ausschließlich von den Mitgliedern der jeweiligen Krankenkasse zu tragen.

Zu den Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten für MCS- und CFS-Patienten hat die Bundesregierung bereits in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Christa Nickels, Monika Knoche, Marina Steindor und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 13/6324 vom 27. November 1996) Stellung genommen. Dabei wurden die Schwierigkeiten im Hinblick auf die Krankheitsdefinition sowie das diagnostische und therapeutische Vorgehen dargestellt.

16. Wie begründet die Bundesregierung die seit 1. Januar 1997 gültige drastische Erhöhung der Zulassungsgebühren für Test-Allergene, also von Substanzen, die meist nur in kleinen Mengen hergestellt werden?

Die für Amtshandlungen des Paul-Ehrlich-Instituts nach dem Arzneimittelgesetz anfallenden Gebühren, zu denen auch die Zulassungsgebühr für Test-Allergene gehört, sind in der am 24. Dezember 1996 in Kraft getretenen Neufassung der Kostenverordnung für Amtshandlungen des Paul-Ehrlich-Instituts geregelt. Mit der Neufassung der Kostenverordnung erfolgte eine Änderung in der Gebührensystematik sowie teilweise eine Anhebung der Gebühren.

Die Anhebung der Gebühren war erforderlich, da eine deutliche Kostenunterdeckung für Amtshandlungen nach dem Arzneimittelgesetz festgestellt worden war. Nach § 33 des Arzneimittelgesetzes besteht die gesetzliche Verpflichtung für die Behörde, kostendekkende Gebühren zu erheben. Der Deutsche Bundestag hatte die Bundesregierung in einer Entschließung zum 4. AMG-Änderungsgesetz ausdrücklich aufgefordert, die Kosten der Arzneimittelzulassung nach dem Prinzip der Kostendeckung durch Gebühren in vollem Umfang aufzubringen. Auch der Bundesrechnungshof hat hinsichtlich der verschiedenen Kostenverordnungen in der Vergangenheit immer wieder auf Anpassungen zur Erzielung kostendeckender Gebühren gedrängt. Der Rechnungsprüfungsausschuß des Deutschen Bundestages hatte zuletzt in seiner Sitzung am 17. März 1995 den Bundesminister für Gesundheit aufgefordert, Kostenverordnungen regelmäßig auf ihre Kostendeckung hin zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Aufgrund dieser Vorgaben mußte bei der Neufassung der Kostenverordnung die zur Kostendeckung erforderliche Erhöhung der Gebühren erfolgen. Nach Berechnungen des Paul-Ehrlich-Instituts wurden die Gebühren im Durchschnitt auf etwa das Dreifache erhöht. Die Höhe der Gebühren wurde auf der Grundlage des tatsächlichen Personal- und Sachaufwands ermittelt und dient ausschließlich der Kostendeckung. Für den Bereich der Test-Allergene ist allerdings darauf hinzuweisen, daß für die Chargenfreigabe abweichend von dem Prinzip der Kostendeckung im Hinblick auf die gesundheitspolitische Bedeutung der Test-Allergene bereits ein niedrigerer Betrag als der sich nach dem ermittelten Personal- und Sachaufwand ergebende Betrag festgesetzt wurde. Abweichend vom Kostendekkungsprinzip kann im übrigen den Besonderheiten im Einzelfall auch weiterhin über die Ermäßigungstatbe-

stände der §§ 6 und 7 der Kostenverordnung Rechnung getragen werden.

Die gesetzliche Vorgabe der Kostendeckung und die haushaltsrechtliche Situation lassen keinen Spielraum – über die genannten Ermäßigungsmöglichkeiten hinaus – von den festgelegten Gebühren abzuweichen.

II. Toxikologie und Immunologie

17. Ist der Bundesregierung bekannt, daß mit neueren immunologischen Untersuchungstechniken auch die krankmachende Wirkung nicht toxischer Dosen von Umweltfaktoren bei empfindlichen Menschen durch chronische Stimulation des Immunsystems und die daraus resultierenden vielfältigen Gesundheitsstörungen im körperlichen und „psychischen" Bereich nachgewiesen werden können, und ist sie bereit, die Anwendung dieser Untersuchungsmethoden zu unterstützen?

Die Fragestellung enthält mehrere Hypothesen: Erstens wird angenommen, daß bei empfindlichen Menschen nicht-toxische Dosen von Umweltfaktoren eine krankmachende Wirkung besitzen. Zweitens wird behauptet, daß diese krankmachende Wirkung in Form vielfältiger Gesundheitsstörungen im körperlichen und „psychischen" Bereich durch eine chronische Stimulation des Immunsystems zustande kommt. Drittens wird davon ausgegangen, daß mit neueren immunologischen Untersuchungstechniken dies nachgewiesen werden kann.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt gibt es keine wissenschaftlichen Beweise dafür, daß diese Hypothesen zutreffen.

Die prinzipiellen Reaktionsweisen des sehr komplexen Immunsystems auf chemische Stoffe sind bekannt: Immunsuppression (mit der Folge von Infektionen oder Neubildungen), Hypersensitivitätsreaktionen (mit Manifestation allergischer Krankheitsbilder) und Autoimmunität (Entwicklung sog. Autoimmunkrankheiten, wie z. B. bestimmter Formen von Anämien). Über gesundheitliche Auswirkungen einer Immunstimulation beim Menschen ist bisher wenig bekannt. Nach Anwendung von Arzneimitteln, denen eine immunstimulierende Wirkung zugeschrieben wird, sind Influenza-ähnliche Reaktionen, Aktivierungen bestehender Erkrankungen und Hemmungen des Arzneimittelstoffwechsels der Leber beobachtet worden.

Bei der Suche nach immuntoxischen Reaktionen mit Hilfe von Labormethoden ist grundsätzlich zu bedenken, daß das Immunsystem aus vielen, sehr unterschiedlichen Arten von Zellen mit verschiedenartigen Funktionen besteht, so daß es ganz spezifische und lokalisierte Reaktionen geben kann. Ein unauffälliger Testausfall bedeutet nicht, daß andere Funktionen nicht gestört sein können. Andererseits kann das Immunsystem auf Grund vielfältiger Kompensationsmöglichkeiten gewisse, bei einer Untersuchung festgestellte Abweichungen so ausgleichen, daß daraus nicht unbedingt eine klinische Bedeutung resultieren muß.

Die einzelnen Verfahren der modernen immunologischen Labordiagnostik und ihre Einsatzgebiete sind in der medizinischen Literatur gut beschrieben. Dazu gehört seit vielen Jahren z. B. auch der sog. Lymphozytentransformationstest zur Prüfung der zellgebundenen Immunität, der hier vermutlich angesprochen ist. Auch der Granulozytenfunktionstest mit dem Farbstoff Nitroblautetrazolium, der zu den Tests für die unspezifische Immunität zählt, gehört hierher. Inwieweit für den Einzelfall eine schlüssige diagnostische Aussage anhand des Testergebnisses möglich ist und inwieweit weitere Faktoren (z. B. Rauchen, Alkohol- und Arzneimittelkonsum, andere Krankheiten) den Testausfall beeinflussen können, kann gegenwärtig nicht sicher beurteilt werden. Die Anwendung dieser und anderer spezieller und bezüglich ihrer diagnostischen Treffsicherheit überprüfter immunologischer Untersuchungsverfahren gehört in die Hand von Fachärzten mit entsprechender klinischer Erfahrung hinsichtlich der Indikationsstellung und der kritischen Interpretation der Befunde.

Die Entscheidung, ob und welche neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen erbracht werden können, trifft der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen. Er ist gemäß § 92 Abs. 1 Nr. 5 SGB V ermächtigt, Richtlinien für die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Versorgung zu beschließen. Die Entscheidung liegt somit im Bereich der Selbstverwaltungsaufgaben der Ärzte und Krankenkassen. Auf die Beschlüsse des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nimmt das Bundesministerium für Gesundheit nur dann Einfluß, wenn sie sich nicht mit geltendem Recht dekken; es nimmt jedoch keinen Einfluß auf die den Entscheidungen zugrundeliegenden medizinischen Beurteilungen.

18. Welche Schritte will die Bundesregierung konkret unternehmen, um diese Forschung weiter voranzutreiben und deren Ergebnisse zum Grundlagenwissen der medizinischen Praxis zu machen?

Eine konkrete Forschungsförderung kann nur auf der Grundlage eindeutig identifizierter Forschungsschwerpunkte erfolgen. Im übrigen wird auf die Antwort zu Frage 30 verwiesen.

19. Ist der Bundesregierung bekannt, daß häufig CFS- bzw. MCS-Patienten ohne Untersuchung auf Belastung durch Umweltgifte und ohne Untersuchung des Immunsystems (Funktion, Stimulation, Triggerfaktoren) als primär psychogen krank eingestuft werden, und wie beurteilt sie diese Praxis?

Es ist der Bundesregierung nicht bekannt, daß häufig Patienten mit der Verdachtsdiagnose MCS oder CFS ohne entsprechende umweltmedizinische Untersuchung als primär psychogen krank eingestuft werden.

Zu den Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten für MCS- und CFS-Patienten bzw. Patientinnen hat die Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Abgeodneten Christa Nickels, Monika Kno-

che, Marina Steindor und der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN (Drucksache 13/6324 vom 27. November 1996) Stellung genommen. In diesem Zusammenhang wurden die Schwierigkeiten im Hinblick auf die Krankheitsdefinition sowie das diagnostische und therapeutische Vorgehen erörtert.

Bei der Vielfalt der klinischen Symptome, unter denen die Patienten leiden, ist in der Regel von erfahrenen Ärzten zunächst eine sorgfältige Differentialdiagnose durchzuführen, die zweifellos auch psychische und psychosomatische sowie umweltbedingte Einflußfaktoren und Krankheitsbilder einbeziehen muß. Diese grundsätzliche Position wird auch im deutschen Fachschrifttum nachdrücklich vertreten.

20. Hält es die Bundesregierung für vertretbar, daß allein in Deutschland etwa 2 Millionen Menschen, darunter sehr viele Kinder, psychiatrisiert werden, ohne daß vorher Umweltgifte, Immunerkrankungen bzw. Autoimmunerkrankungen als mögliche Ursache ausgeschlossen werden?

Was gedenkt die Bundesregierung gegenüber dieser Praxis zu unternehmen?

Die Bundesregierung sieht in diesem Zusammenhang keine Veranlassung, ärztliches Handeln auf seine Vertretbarkeit hin zu bewerten. Entscheidungen über diagnostisches Vorgehen und therapeutische Maßnahmen treffen Ärzte der berufsrechtlichen ärztlichen Sorgfaltspflicht folgend, in eigener Verantwortung. Das ärztliche Handeln wird generell durch die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft bestimmt und erfährt weitere Impulse durch Empfehlungen und Richtlinien der Fachgesellschaften.

Die in der Frage enthaltene Behauptung, daß es insbesondere bei Kindern zu psychiatrischen Behandlungen kommt, weil Untersuchungen auf Umweltgifte, Immunerkrankungen und Autoimmunerkrankungen nicht durchgeführt wurden, stellt in der Verbindung mit der Nennung von 2 Millionen Menschen eine unzulässige Unterstellung dar, die mit Entschiedenheit zurückgewiesen wird. Nicht jeder Patient, der von einem Psychiater untersucht bzw. behandelt wird, muß vor Behandlungsbeginn auf Umweltgifte oder die genannten Immunerkrankungen untersucht werden. Die bisher vorliegenden Untersuchungsergebnisse aus Umweltambulanzen zeigen vielmehr, daß nur bei einem relativ geringen Teil der Patienten, die sich durch Umwelteinflüsse geschädigt sehen, tatsächlich auch eine erhöhte Belastung gefunden wird.

Der in der Frage enthaltene Vorwurf ist auch angesichts der vielfältigen Bemühungen um eine offene, gemeindenahe Psychiatrie nicht gerechtfertigt. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Patienten im ambulanten, tagesklinischen und stationären Sektor erfolgt nicht leichtfertig, sondern mit fachkompetenter Sachkenntnis. Es muß hier darauf hingewiesen werden, daß die in der Anfrage verwendete Wortwahl der „Psychiatrisierung" zu einer Verunglimpfung des Faches Psychiatrie einschließlich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychotherapie sowie zu einer erheblichen zusätzlichen Belastung der Patienten und deren Angehörigen, führen kann.

21. Ist der Bundesregierung die über 1 100 Seiten starke Studie des Department of Human Health Services vom April 1995 über MCS bekannt, in der besonderes Gewicht auf die Wirkungen und die Toxizität von Chemikalien im Niedrigdosenbereich gelegt wird, und welche Konsequenzen zieht sie aus den Erkenntnissen dieser Studie?

Ist die Bundesregierung bereit, diese Studie übersetzen zu lassen, damit die dort dargelegten Erkenntnisse auch in der deutschen öffentlichen Diskussion zum Schutz von Mensch und Umwelt sowie bei behördlichen Stellungnahmen eine größere Rolle spielen können?

Da keine genaue Referenzangabe zu der genannten Studie angegeben ist, kann nur vermutet werden, daß es sich um die Veröffentlichung „Multiple Chemical Sensitivity: A Scientific Overview" (Editor Frank L. Mitchell) des U.S. Department of Human Health Services, Public Health Service und Agency for Toxic Substances and Disease Registry, 1995, handelt. Diese Veröffentlichung stellt keinen neuen Bericht dar; es handelt sich dabei vielmehr um eine Zusammenstellung von drei Berichten zu Workshops in den USA, die (auch) MCS zum Thema hatten:

1. „Multiple Chemical Sensitivities", National Research Council, National Academy Press, 1992,

2. „Advancing the Understanding of Multiple Chemical Sensitivity", Proceedings of the AOEC Workshop, Toxicology and Industrial Health 8 (4), 1992,

3. „Proceedings of the Conference on Low-Level Exposure to Chemicals and Neurobiologic Sensitivity", Toxicology and Industrial Health, 10 (4/5), 1994.

Im Bericht zum IPCS-Workshop zu MCS (Bericht des Workshops über Multiple Chemical Sensitivities (MCS) Berlin, 21. bis 23. Februar 1996; PCS/96.29, IPCS Genf, UBA Berlin, August 1996) sind alle diese Publikationen zitiert. Die Inhalte waren den Teilnehmern vor Beginn des Workshops bekannt und wurden während des Workshops in die Diskussion einbezogen. Der Bericht zum Berliner Workshop zu MCS liegt in deutscher Sprache vor; deswegen wird keine Notwendigkeit gesehen, die o. g. Veröffentlichungen übersetzen zu lassen.

22. Ist der Bundesregierung bekannt, daß sowohl das U.S. Department of Housing and Urban Development als auch das Sozialversicherungsamt und die Veterans Administrations das MCS-Syndrom rechtskräftig als Behinderung anerkennen und feststellen, daß MCS mit physischen Verletzungen verbunden sein kann, die eine oder mehrere Hauptlebensaktivitäten der betroffenen Personen wesentlich beeinträchtigen?

Wie beurteilt die Bundesregierung das Memorandum des U.S. Department of Housing and Urban Development vom 14. April 1992 (Subject: Multiple Chemical Sensitivity Disorder and En-

vironmental Illness as Handicaps, unterzeichnet von George L. Weidenfeller), in dem ausgeführt wird, daß MCS-Patienten im Rahmen der Gesetze als Behinderte gelten und in dem auch wichtige Präzedenzfälle analysiert werden und die relevante Gesetzgebungsgeschichte überprüft wird?

Ist die Bundesregierung bereit, sich dafür einzusetzen, daß die Behinderung von MCS-Patienten auch in Deutschland entsprechend anerkannt wird, und wenn nicht, warum nicht?

Bereits in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Christa Nickels u. a. in der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Behandlungsmöglichkeiten und Versicherungsschutz für MCS- und CFS-Patienten bzw. -Patientinnen (CFS – Chronic Fatigue Syndrome)" (Drucksache 13/6324) hat die Bundesregierung dargelegt, daß es bei Feststellungen nach dem Schwerbehindertengesetz nicht auf die Diagnosen und auch nicht auf die Ursachen von Gesundheitsstörungen ankommt, sondern allein auf die Auswirkungen von nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigungen, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruhen. Die Auswirkungen können dabei sehr unterschiedlich sein.

Allen gutachterlichen Beurteilungen nach dem Schwerbehindertengesetz werden die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zum Zwecke einheitlicher Begutachtungen herausgegebenen „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" zugrunde gelegt. Diese Richtlinien enthalten zwar auch in der 1996 herausgegebenen Neufassung nicht die Diagnose MCS, ermöglichen aber gleichwohl eine sachgerechte Beurteilung der Auswirkungen entsprechender Gesundheitsstörungen, so daß im Einzelfall auch die Feststellung einer Schwerbehinderung in Betracht kommen kann.

Über die Begutachtungspraxis in anderen Ländern, z. B. den USA, denen andere gesetzliche Bestimmungen zugrunde liegen, kann hier keine Aussage gemacht werden.

23. Wie sind vor diesem Hintergrund die Aktivitäten des Bundesinstituts für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BGVV) zu erklären, durch eine Tagung im Februar 1996 unter dem Label der WHO den seit 20 Jahren eingeführten Begriff MCS-Syndrom in Idiopathic Environmental Intolerances (IEI) umzutaufen, dessen deutsche Übersetzung von IEI laut BGVV mit idiopathisch, d. h. ohne erkennbare Ursache entstandene, umweltbezogene Unverträglichkeiten, angegeben wird?

Die angesprochene Tagung wurde vom International Programme on Chemical Safety (IPCS), das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dem Umweltprogramm der Vereinten Nationen (UNEP) und der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) gemeinsam getragen wird, unter Mitwirkung des Umweltbundesamtes (UBA) und des Bundesinstituts für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV) und finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit veranstaltet. Die Unterstellung, daß das BgVV versucht habe, durch diese Tagung „unter dem Label der WHO" den Begriff MCS-Syndrom „umzutaufen", wird nachdrücklich zurückgewiesen. Sie ist falsch.

24. Kann die Bundesregierung darstellen, wie die Wissenschaftler und der BGVV wissen können, daß die Unverträglichkeiten umweltbezogen sind, wenn keine erkennbare Ursache vorliegt?

Liegt demnach doch eine erkennbare Ursache vor, wie die 20jährige Literatur zum MCS-Syndrom nahelegt?

Die zu der o. a. Tagung einberufene Expertengruppe (nicht das BgVV) hat vorgeschlagen, anstelle der Bezeichnung „MCS", die einen nicht bewiesenen ursächlichen Zusammenhang der Symptome mit der Einwirkung von Chemikalien ausdrückt, künftig den Begriff der „Idiopathischen umweltbezogenen Intoleranzen" (IEI, engl. idiopathic environmental intolerances) zu verwenden. Dieser Begriff soll erworbene gesundheitliche Störungen mit unterschiedlichen, periodisch wiederkehrenden Symptomen zusammenfassen, die mit verschiedenen Umweltfaktoren in Zusammenhang gebracht werden und für die keine medizinische Erklärung vorliegt. Dabei ist unter dem Ausdruck „in Zusammenhang bringen" die individuelle kausale Zuordnung zu einem Umweltfaktor durch Patienten oder Ärzte zu verstehen, der bislang wissenschaftlich nicht nachweisbar ist. Diese Tatsache schlägt sich auch in der deutschen Übersetzung von IEI in „Idiopathische umweltbezogene Unverträglichkeiten" nieder (nicht „umweltbedingt", wie häufig fälschlicherweise wiedergegeben wird).

25. Ist es richtig, daß die Umdefinition der Meinung der daran beteiligten Wissenschaftler entspricht, nicht aber die Meinung der WHO darstellt, die nach wie vor den Begriff MCS verwendet, wie dies auch führende Wissenschaftler z. B. der USA auf diesem Gebiet tun?

Welche Wissenschaftler nahmen an der oben angesprochenen Tagung teil, und wodurch haben sie sich wissenschaftlich ausgewiesen, eine derartige Umdefinition vorzunehmen, und hat die Bundesregierung überprüft, welche Wissenschaftler zusätzlich zu ihren Forschungen als Gutachter für andere Institutionen tätig sind?

Ist die Bundesregierung bereit, die wissenschaftlichen Qualifikationen (Veröffentlichungen usw.) sowie die Gutachtertätigkeit der beteiligten Wissenschaftler offenzulegen, und wenn nicht, warum nicht?

Hält die Bundesregierung die Auswahl der beteiligten Wissenschaftler für ausgewogen, obwohl viele namhafte Wissenschaftler auf dem Gebiet der MCS-Forschung nicht einbezogen waren, die nach wie vor den Begriff MCS verwenden, z. B. Prof. Dr. Gunnar Heuser, University of California/Los Angeles, Prof. Ismael Mena, University of California/Los Angeles, Dr. Francisca Alamor, University of California/Los Angeles, Dr. E. Rosenthal, Prof. Dr. J. Friedmann, Prof. David B. Newlin?

Trifft es zu, daß die überwiegende Mehrheit der teilnehmenden stimmberechtigten Wissenschaft-

ler aus den USA und aus Deutschland in Abhängigkeitsverhältnissen zur Industrie (z. B. Arbeitsmediziner der chemischen Industrie) oder von Behörden stehen (z. B. Personen, die mit der Beurteilung von Ansprüchen an Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträger befaßt sind; oder was die USA betrifft, Personen, die mit der Beurteilung von Ansprüchen von Golfkriegsveteranen an das Department of Defense befaßt sind) stehen?

Ist der Bundesregierung bekannt, daß die neue Definition IEI in Fachkreisen bereits als „Ideological Equivalent of Incompetence" verspottet wird?

Es ist richtig, daß die angesprochene, geänderte Definition die Meinung der beteiligten Wissenschaftler darstellt; das Ergebnis eines Workshops wird nicht automatisch als offizielle IPCS- bzw. WHO-Meinung übernommen. Damit darf aber nicht im Umkehrschluß angenommen werden, daß sich die WHO grundsätzlich von den Ergebnissen des Workshops distanziert.

Die geladenen Wissenschaftler waren Prof. H. Altenkirch, Dr. S. Dewey, Dr. L. Fishbein, Dr. C.-J. B. Göthe, Dr. R. E. Gots, Dr. B. Heinzow, Dr. M. Hüppe, Prof. H. Kipen, Prof. G. Kobal, Dr. F. Li, Prof. A. C. Ludolph, Prof. C. Miller, Prof. W. A. Nix, Dr. D. E. Ray, Prof. P. S. Spencer, Prof. H. Staudenmayer und Dr. V. M. Weaver. Diese Experten haben sich durch wissenschaftliche Veröffentlichungen zu MCS direkt oder in solchen (angrenzenden) Forschungsgebieten ausgewiesen, in deren Bereich die möglichen Pathogenesemechanismen vermutet bzw. gesucht werden. Die relevanten Veröffentlichungen der oben Genannten sind in allgemein zugänglichen Quellen erschienen und werden deswegen hier nicht einzeln aufgeführt. Eine detaillierte Überprüfung der eingeladenen Wissenschaftler in Hinblick auf ihre wissenschaftlichen Qualifikationen und beruflichen Verbindungen war nicht Aufgabe der Bundesregierung.

Die in der Frage namentlich aufgeführten Wissenschaftler haben sich, wie auch viele weitere, in der Literatur zu MCS geäußert. Es ist nicht möglich, zu einem Workshop alle Experten einzuladen, die zu einem Thema publiziert haben. Die letzte Auswahl der Experten wurde vom IPCS getroffen. In der Planungsphase des Workshops nahm IPCS Kontakt zu einer Reihe weiterer Wissenschaftler auf, die aus den unterschiedlichsten Gründen nicht teilnehmen konnten: Dr. I. R. Bell, Tucson, Arizona, U.S.A.; Prof. M. R. Cullen, New Haven, CT, U.S.A.; Prof. A. Dayan, London, U. K.; Prof. J. Descotes, Lyon, Frankreich; Prof. S. Kjaergaard, Aarhus, Dänemark; Dr. K. Mayer, Tübingen; Dr. L. Molhave, Aarhus, Dänemark; Dr. A. I. Terr, San Francisco, U.S.A.; Dr. H. van Loveren, Bilthoven, Niederlande.

Es trifft nicht zu, daß die überwiegende Mehrheit der teilnehmenden stimmberechtigten Wissenschaftler (s. o.) in Abhängigkeitsverhältnissen zur Industrie oder von Behörden stehen, wenn auch einige aufgrund ihrer Fachkompetenz gutachterlich tätig waren.

Die Bundesregierung wäre interessiert zu erfahren, welche Fachkreise die ironisierende Abwandlung der Definition von IEI vorgenommen haben und welche Qualifikation die Mitglieder dieser Fachkreise ausweist.

26. Dürfen nach Kenntnis der Bundesregierung CFS-Patienten bzw. MCS-Patienten mit einem aktivierten Immunsystem, einem positiven PCR-Test (Polymerase-Chain-Reaction) und positiven oder Antigennachweis eines oder mehrerer Erreger, wie z. B. Ebstein-Barr-Virus, Human-Herpesvirus VI, Cytomegalie-Virus, Borrelien, Chlamydien usw., Organe bzw. Blut spenden?

    Ist es nach Kenntnis der Bundesregierung richtig, daß es möglich ist, Blut mit Hilfe eines PCR-Tests auf diese Viren zu untersuchen und daß diese Untersuchung aus wirtschaftlichen Gründen teilweise nicht durchgeführt wird?

Für die Eignung als Blutspender ist entscheidend, daß nach ärztlicher Beurteilung auf der Grundlage von Anamnese, ärztlicher Untersuchung und Laboratoriumsuntersuchungen ein gesundheitlicher Zustand vorliegt, der eine Blutspende ohne Bedenken zuläßt. Dies gilt sowohl im Hinblick auf das Wohl des Spenders, als auch auf die Gewinnung und Herstellung möglichst risikoarmer Blutkomponenten und Plasmaderivate. Personen, die akut oder chronisch unter erheblichen Krankheitsbeschwerden leiden, werden daher von sich aus keine Blut- oder Organspende leisten wollen oder aufgrund der ärztlichen Beurteilung von einer Spende ausgeschlossen werden. Spendewillige Personen, bei denen die Diagnose Chronic-Fatigue-Syndrom (CFS) bzw. ein Multiple-Chemical-Sensitivity-Syndrom (MCS) gestellt wurde bzw. der Verdacht auf das Vorliegen einer solchen Erkrankung geäußert wurde, die sich aber in einem Allgemeinzustand befinden, der eine Spende primär nicht ausschließt, müssen individuell beurteilt werden. Der Nachweis des Erbmaterials von Erregern mit Hilfe der PCR ist nicht in allen Fällen mit dem Nachweis einer durch diese Erreger ausgelösten Erkrankung gleichzusetzen und bedeutet nicht in jedem Fall, daß dieser Erreger durch eine Blutspende übertragen werden kann. Sowohl die Laborbefunde, die auf eine Aktivierung des Immunsystems hindeuten, als auch die Ergebnisse von PCR-Tests und Antigennachweisen eines oder mehrerer Erreger müssen in jedem Einzelfall zusammen mit Anamnese und körperlichem Untersuchungsbefund durch den verantwortlichen Arzt beurteilt werden, um über eine Zulassung zur Spende entscheiden zu können.

Nukleinsäure-Nachweistechniken, wie die PCR, die bis vor wenigen Jahren im wesentlichen Forschungslaboratorien vorbehalten waren, befinden sich z. Z. in einem Entwicklungsstadium, das in absehbarer Zeit eine breite Anwendung bei der Untersuchung von Blutspendern möglich erscheinen läßt. Es ist vorgesehen, diese Techniken für ein Screening nach den transfusionsmedizinisch besonders bedeutsamen Viren, wie z. B. nach dem Hepatitis-C-Virus, einzusetzen.

27. Ist es angesichts der kürzlich vom Robert-Koch-Institut vorgelegten Stellungnahme hierzu verantwortlich, die Entscheidung über die Spendenfähigkeit ohne weitere Vorgaben in die Hände des beaufsichtigenden, wirtschaftlich motivierten Arztes zu legen?

    Ist es demgegenüber nicht vielmehr erforderlich, generelle Ausschlußkriterien zu formulieren?

    Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in anderen Ländern andere Praktiken?

    Warum wird die Spende gegen Entgelt nicht verboten?

Von der Forderung nach einer individuellen Beurteilung durch den verantwortlichen Arzt kann nicht abgegangen werden. Ein genereller Ausschluß würde weder der in der Antwort zu Frage 26 angesprochenen schwierigen medizinischen Problematik entsprechen, noch dem berechtigten Anspruch des Spendewilligen, als Individuum ernst genommen zu werden, gerecht werden. Die Unterstellung, daß der Arzt dabei ohne weitere Vorgaben handeln und sich nur von einer wirtschaftlichen Motivation leiten lassen könnte, wird nachdrücklich zurückgewiesen. Einerseits impliziert diese Unterstellung, daß Ärzte aus wirtschaftlichen Interessen ihren anvertrauten Patienten wissentlich Schaden zufügen und andererseits sind in den von dem Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer und dem Paul-Ehrlich-Institut herausgegebenen, 1996 überarbeiteten „Richtlinien zur Blutgruppenbestimmung und Bluttransfusion (Hämotherapie)" sehr weitreichende und detaillierte Vorgaben gemacht worden. In diesen Richtlinien sind mit großer Sorgfalt zahlreiche Ausschlußkriterien nach dem Stand der Wissenschaft formuliert worden.

Auf europäischer Ebene sind Empfehlungen des Europarats (Guide to the use, preparation and quality control of blood components) gültig. Wie in den deutschen Richtlinien sind auch in diesen Empfehlungen des Europarats angesichts der noch uneinheitlichen und teils widersprüchlichen Forschungsergebnisse und vieler ungelöster Fragen keine generellen Ausschlußkriterien hinsichtlich Personen, bei denen CFS oder MCS festgestellt wurde, formuliert.

Die „Centers for Disease Control (CDC)", Atlanta, USA, haben festgestellt, daß die Ursachen des Chronic Fatigue Syndrome (CFS) unbekannt sind. In den USA sind keine Fälle bekannt, in denen es zum Auftreten des CFS nach einer Bluttransfusion gekommen wäre. Jedoch wird in Deutschland ebenso wie in den USA Personen mit schlechtem gesundheitlichen Zustand – von dem bei Patienten mit CFS im allgemeinen ausgegangen werden darf – abgeraten, Blut zu spenden. Wie im Einzelfall entschieden wird, hängt von den spezifischen Vorschriften der jeweiligen Blutspendeeinrichtung ab.

Grundsätzlich unterstützt die Bundesregierung die Forderung nach der freiwilligen, unentgeltlichen Blutspende. In Deutschland sind für Blutspenden keine „Entgelte", sondern lediglich eine angemessene Entschädigung (bis max. 50 DM) für den unmittelbar entstandenen Aufwand zulässig.

28. Wie beurteilt die Bundesregierung den neuentwickelten Lymphozytentransformationstest, mit dessen Hilfe die Auslöser von Typ IV-Allergien (Nahrungsmittel, Schwermetalle, Pestizide usw.) festgestellt werden können?

Der Lymphozytentransformationstest (LTT) ist eine unter vielen diagnostischen Methoden in der Allergologie. Ein Anwendungsgebiet des LTT ist die Diagnostik der allergischen Reaktionen vom verzögerten Typ, die eine Abwehrreaktion des Körpers mit Hilfe der Lymphozyten darstellt (Diagnostik der Kontakt- und Medikamentenallergien).

Mit zunehmender Aufklärung der Abläufe allergischer Reaktionen und der Funktionen einzelner Abwehrzellen und ihrer Stoffwechselprodukte wurde erkannt, welche entscheidende Rolle die Lymphozyten und hier insbesondere die Untergruppe der T-Lymphozyten für die Entwicklung und Steuerung aller allergischen Reaktionen spielt. Deshalb kann der LTT auch zur Abklärung von allergischen Typ I-Reaktionen eingesetzt werden (Typ I-Reaktionen auf Medikamente, Nahrungsmittelallergie, Pollen-Hausstaubmilbenallergie).

Die Methode hat einen besonderen Stellenwert in der allergologischen Forschung und gehört nicht zur Routinediagnostik in der allergologischen Praxis.

Der Lymphozytentransformationstest, der seit etwa 20 Jahren angewendet wird, ist kein standardisierter Test. Modifikationen des Tests müssen z. B. je nach dem zu testenden Antigen erfolgen. Das bedeutet, daß die interne Qualitätskontrolle der Labors von entscheidender Bedeutung ist; sie muß dokumentiert und definiert werden. Es gibt auch keine externe Qualitätskontrolle (z. B. Ringversuche), so daß der Vergleich von Ergebnissen verschiedener Laboratorien schwierig ist.

Die Testergebnisse und ihre Bewertung sind von zahlreichen Faktoren (z. B. dem zu testenden Antigen) abhängig, Fehlinterpretationen sind leicht möglich. Dies bedeutet, daß die verläßliche Befundinterpretation eine langjährige Erfahrung mit solchen Tests voraussetzt.

III. Forschung im Bereich Umweltmedizin und Strahlenschutz

29. Sind der Bundesregierung wissenschaftliche Publikationen in der Bundesrepublik Deutschland bekannt, die den Zusammenhang zwischen chronischer Immunstimulation und neuroimmunologischen Krankheiten, wie z. B. MCS, CFS und Fibro Myalgie Syndrom (FMS) belegen?

Der Bundesregierung sind keine wissenschaftlichen Publikationen aus Deutschland bekannt, die einen „Zusammenhang zwischen chronischer Immunstimulation und neuroimmunologischen Krankheiten, wie z. B. MCS, CFS und Fibromyalgie-Syndrom (FMS)", belegen. Nach Kenntnis der Bundesregierung liegen auch im internationalen Schrifttum keine derartigen Untersuchungen vor, die den Kriterien für wissenschaftlich belastbare klinisch-kontrollierte oder epidemiologische Studien genügen.

Mit wissenschaftlichen Publikationen in der Bundesrepublik Deutschland sind vermutlich Studien gemeint, die hierzulande durchgeführt worden sind und über deren Ergebnisse in Form von Originalarbeiten in wissenschaftlichen Publikationsorganen berichtet worden ist. In dieser Weise wird die Frage im folgenden verstanden und beantwortet.

MCS, CFS und FMS werden in der Frage als „neuroimmunologische Krankheiten" bezeichnet. Damit wird offenbar davon ausgegangen, daß es feststeht, daß es neuroendokrin-immunologische Pathomechanismen gibt, die für die Entstehung dieser Symptomkomplexe verantwortlich sind. Der Stand der Erkenntnis rechtfertigt diese Annahme freilich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht.

In der Frage ist ferner von einer „chronischen Immunstimulation", im Zusammenhang mit den vorstehend genannten Krankheitserscheinungen die Rede. Diese Immunstimulation wird offenbar als Ursache von MCS, CFS und FMS aufgefaßt, und soll – dem Kontext der Frage zufolge – durch Umweltnoxen bedingt sein. Auch für diese Vermutung gibt es bisher keine wissenschaftlich tragfähigen Belege.

Bei MCS-Patienten konnten weder neurotoxische Effekte noch Veränderungen von Immunparametern, die den Anforderungen nach hinreichender wissenschaftlicher Evidenz genügen, nachgewiesen werden. Die bisher vorgelegten Arbeiten, in denen einschlägige Zusammenhänge behauptet werden (z. B. von Lohmann et al., Gesundheitswesen 58, 1996, 322-31), weisen derart gravierende methodische Mängel auf, daß sie einer wissenschaftlichen Diskussion nicht standhalten.

Die insbesondere von Hilgers und Frank im deutschen Sprachraum propagierten Vorstellungen zur Pathogenese und Diagnostik des CFS sowie die von manchen Ärzten praktizierte umfängliche und relativ ungezielte „Schrotschußdiagnostik" finden in der Fachwelt keinen Widerhall. Die Diagnose „CFS" läßt sich derzeit mit labordiagnostischen Verfahren, z. B. serologischen Tests auf Epstein-Barr Virus, Retroviren, Humanes Herpes Virus Typ 6, Enteroviren und Candida albicans, oder anderen immunologischen Verfahren (NK-Zell-Zahl und -Aktivität, Zytokine, T-Zell-Oberflächenmarker; Mitogenstimulation) weder bestätigen noch ausschließen. Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren wie die Magnetische Kernspinresonanztomographie, Single-Photon-Emissions-Computertomographie (SPECT) und Positronen-Emissions-Computertomographie (PET) sind beim gegenwärtigen Stand des Wissens ebenfalls zur CFS-Diagnostik nicht geeignet.

Vor der Durchführung nichtindizierter Untersuchungen und einer Überinterpretation einzelner immunologischer Befunde muß im Interesse der Patienten gewarnt werden. Gleichwohl sind auf dem CFS-Sektor aufgrund fortbestehender Unklarheiten weitere Forschungen nötig.

Bei CFS-Patienten fand man in einigen Studien im Vergleich zu Kontrollgruppen gehäuft immunologische Auffälligkeiten (antinukleäre Antikörper und andere Autoantikörper, erhöhte Konzentrationen zirkulierender Immunkomplexe, erhöhte IgG-Spiegel, verminderte NK-Zellfunktion, erhöhte B-Zell-Zahl und vermehrt aktivierte B-Zellen etc.). Die Veränderungen waren jedoch nur im statistischen Vergleich zwischen Fall- und Kontrollgruppen nachweisbar, während auf Individualebene keine eindeutigen Befundkonstellationen erkennbar waren.

Die Veränderungen deuten darauf hin, daß bei CFS-Patienten eine geringfügige, chronische Aktivierung des Immunsystems vorliegt. Derzeit gibt es keinen verwertbaren Anhalt für die These, daß hierfür Umweltschadstoffe verantwortlich sein könnten. Die Aufmerksamkeit ist wieder stärker der „viralen Seite" zugewandt (neue Kandidaten: Hepatitis G, Bornavirus).

Beim Fibromyalgie-Syndrom gibt es Hinweise auf Störungen im Neuropeptid-Stoffwechsel (veränderte Schmerzperzeption und -modulation). So wurden beispielsweise bei ca. 70 % der FM-Patienten Autoantikörper gegen den Neurotransmitter Serotonin festgestellt (bei Gesunden und Patienten mit rheumatischen Erkrankungen in 10 bis 15 % der Fälle nachweisbar). Auch über neuroendokrinologische Auffälligkeiten wurde berichtet (Achse Hypothalamus-Hypophyse-Nebenniere). Außerdem scheint Somatomedin C bei FM-Patienten im Blut vermindert zu sein; seine Bildung in der Leber wird durch das (hypophysäre) Wachstumshormon gesteuert, das seinerseits zum überwiegenden Teil in der vierten Schlafphase gebildet wird. Dies verweist abermals auf eine zentralnervöse Störung sowie auf Beeinträchtigungen der Tiefschlafphase bei FM-Patienten. Störungen der Wachstumshormon-Sekretion könnten außerdem für Veränderungen in der Skelettmuskulatur verantwortlich sein.

Umweltschadstoffe stehen in der Fachwelt nicht mehr ernsthaft als Auslöser des FMS und des CFS in der Diskussion. Dies bedeutet nicht etwa, daß Umweltstressoren (i.w.S.) für die Entstehung und/oder den Verlauf der genannten „Syndrome" völlig ohne Bedeutung wären. Verwertbare Angaben liegen dazu aber nicht vor.

Mit Blick auf die genannten „Syndrome" ist zu bedenken, daß neuroendokrinoimmunologische Vorgänge auch durch psychische Einflüsse moduliert werden. Psyhosoziale Belastungen gelten als Risikofaktoren im Hinblick auf CFS/FMS sowie bezüglich MCS.

Aus dem vorgenannten resultiert für den individualmedizinischen Bereich die Forderung nach einer integrativen Medizin (im Sinne Thure von Uexkülls), die den erkrankten Menschen in seinen biologischen, psychologischen, sozialen und ökologischen Belangen und Bezügen betrachtet.

Auf der Forschungsebene ergibt sich die Notwendigkeit zu einer stärkeren Verknüpfung von biomedizinischer, umweltmedizinischer, sozial- und verhaltensmedizinischer Forschung. Im Bereich der MCS-, CFS- und FMS-Forschung existieren derartige Ansätze (auch in Deutschland). Im übrigen bleibt festzuhalten, daß die wissenschaftliche Medizin hierzulande mit

zahlreichen, auch international beachteten Studien zu CFS/FMS aufwarten kann (siehe die Antworten der Bundesregierung zu den diesbezüglichen Fragen 30 ff.). Darüber hinaus ist eine große Zahl von Übersichtsbeiträgen erschienen. Die Arbeitsgruppen um Berg (Tübingen), Nix (Mainz), Krüger und Hoffmann (Köln), um nur einige zu nennen, sind weiterhin auf dem FS/FMS-Gebiet aktiv.

Im Hinblick auf das MCS-Phänomen haben sich drei Arbeitsgruppen am RKI, UBA und BgVV konstituiert, die mit führenden externen Wissenschaftlern eine gemeinsame Forschungsstrategie entwerfen und konkrete Projekte vorbereiten.

30. Welche Mittel gibt die Bundesregierung für Forschung im umweltmedizinischen Bereich aus (bitte den Bereich der molekularen, zellulären und klinischen Immunologie besonders ausweisen, aufgelistet für die Jahre 1986 bis 1996)?

Gibt es in diesem Zusammenhang Anträge oder Aufträge zur Förderung von Forschungsprogrammen zur Grundlagenforschung, zur Diagnostik oder Therapie?

Im Programm „Gesundheitsforschung 2000" der Bundesregierung werden Förderschwerpunkte vielfach entweder nach Krankheitsthemen (z. B. Allergieforschung) oder nach Strukturzielen (z. B. Aufbau klinischer Forschungszentren, NBL-Aufbauförderung) gebildet. Bei derartigen Schwerpunkten sind zwar vielfältige wissenschaftliche Fächer zur Mitarbeit aufgerufen, aber es ist nicht möglich, die Bezüge zu einzelnen Fächern aus den Schwerpunkten und aus den Projekten herauszudestilieren. Umweltmedizinische Fragen werden u. a. in Projekten zu folgenden Forschungsschwerpunkten aufgegriffen:

— Epidemiologie allergischer Erkrankungen (1986 bis 1999, 22,8 Mio. DM)
— Allergieforschung und Lungenforschung (1987 bis 1996, 19,7 Mio. DM)
— Klinische Forschergruppen zur Allergie- und Lungenforschung (1998 bis 2003, ca. 30 Mio. DM)
— Rheumazentren (1994 bis 2000, 15 Mio. DM)
— Public Health einschließlich Epidemiologie (1993 bis 2001, 69,3 Mio. DM)

Im Programm „Gesundheitsforschung 2000" wird auf die Stärkung der klinischen Forschung besonderes Gewicht gelegt. Deshalb werden insbesondere Projekte gefördert, die an die Grundlagenforschung anknüpfen und neue diagnostische und therapeutische Verfahren anstreben.

Darüber hinaus fördert die Bundesregierung seit vielen Jahren die bevölkerungsbezogenen Krebsregister in den Ländern, mit deren Hilfe gerade auch umweltmedizinische Fragestellungen bearbeitet werden können (1986 bis 1996 ca. 25,5 Mio. DM, davon für das Deutsche Kinderkrebsregister 3,3 Mio. DM).

Der Umweltforschungsplan (UFOPLAN) des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit enthält ein Kapitel Umwelt und Gesundheit, das umweltmedizinische Forschungsvorhaben fördert.

Seit 1986 wurden darin folgende Bundesmittel eingesetzt:

Laufzeitende bis 1990 – 3 Vorhaben – 804 000 DM

Laufzeitende bis 1996 – 7 Vorhaben – 3 341 000 DM

Laufzeitende ab 1997 – 7 Vorhaben – 4 344 000 DM

Unter den geförderten Vorhaben befinden sich wichtige epidemiologische Studien, wie z. B. eine umweltmedizinische Untersuchung im Raum Bitterfeld, im Raum Hettstedt und einem Vergleichsgebiet sowie eine Untersuchung zur Verbreitung von umweltbedingten Kontaktallergien mit Schwerpunkt im privaten Bereich. Außerdem wurden Fachgespräche zur MCS-Forschungsstrategie und zu Umweltchemikalien mit endokriner Wirkung finanziert.

Darüber hinaus hat die Bundesregierung für die bisher durchgeführten Umwelt-Surveys zur Ermittlung der Schadstoffbelastung im häuslichen Bereich und zur Erfassung der korporalen Belastung (1985/86 und 1990/91 alte Bundesländer, 1991/92 neue Bundesländer) ca. 16 Mio. DM zur Verfügung gestellt.

Auch bei dem 1997 angelaufenen bundesweiten Gesundheitssurvey sind Untersuchungen zur Umweltbelastung (Umweltsurveyteil) angebunden worden (Kernsurvey ca. 3,5 Mio. DM, zusätzlich Umweltsurvey ca 1 Mio. DM).

31. Welche Forschungmittel hat die Bundesregierung in demselben Zeitraum über Möglichkeiten der Umsetzung von Ergebnissen einer entsprechenden Grundlagenforschung in die medizinische Versorgung ausgegeben?

Die Forschung des BMBF im Bereich Gesundheitsforschung ist generell auf die Verknüpfung zwischen grundlagenorientierter und klinischer Forschung, d. h. anwendungsorientierter Forschung ausgerichtet. Damit sind die Schwerpunkte und die Projekte so angelegt, daß positive und hinreichend abgesicherte Forschungsergebnisse in die medizinische Versorgung Eingang finden.

32. Ist die Bundesregierung bereit, die weitere Erforschung von Krankheitsbildern wie CFS, MCS, FMS usw. unter Einbeziehung der vieljährigen Erfahrungen bundesdeutscher Experten und von Forschungsberichten aus den USA zu fördern?

Wäre sie bereit, die Integration dieser Erkenntnisse in universitäre Lehrpläne und bei der Planung von Gesundheits- und Reha-Maßnahmen zu unterstützen?

Auch wenn es derzeit keine Förderschwerpunkte gibt, die sich unmittelbar auf die Krankheitsbilder CFS, MCS und FMS beziehen, können entsprechende Forschungsprojekte gefördert werden, wenn sie sich in die Zielsetzung bestehender Bekanntmachungen einfügen

und die geforderte wissenschaftliche Qualität haben. In dem derzeit offenen Schwerpunkt „Einrichtung von Kompetenznetzwerken für die Medizin (MedNet)" können Anträge zu Netzwerken für alle wichtigen Krankheiten gestellt werden. Dabei soll der Aufbau überregional angelegter Zusammenarbeit für spezifische Krankheiten gezielt unterstützt werden, um die verfügbaren Ressourcen und Partner in einem ganzheitlichen Ansatz auf hohem Niveau zusammenzuführen.

Die Hochschulen in Deutschland sind Stätten von Forschung und Lehre. Die Bundesregierung geht davon aus, daß neue wissenschaftliche Erkenntnisse in den Hochschulen in die Lehre aufgenommen werden, ohne daß es hierbei besonderer Unterstützungsmaßnahmen bedarf.

Die Bundesregierung hat nicht die Möglichkeit, auf die Erstellung universitärer Lehrpläne einzuwirken. Die Ausgestaltung der Lehrpläne im einzelnen liegt in der Autonomie der Hochschulen (siehe hierzu auch die Antwort zu Frage 35).

Die Bundesregierung geht davon aus, daß die für die „Planung von Gesundheits- und Reha-Maßnahmen" zuständigen Stellen neue wissenschaftliche Erkenntnisse einbeziehen.

Im Nachgang zu einem Fachgespräch im Umweltbundesamt im Dezember 1996, in dem der vordringliche Forschungsbedarf zu MCS konkretisiert und die erfolgversprechendste Forschungsstrategie erarbeitet werden sollte, haben drei Arbeitsgruppen Forschungsstrategien zu den Themengebieten Pathogenese/Mechanismen, Diagnostik und Therapie erstellt. Thesenpapiere dieser Arbeitsgruppen wurden in der Zeitschrift „Umweltmedizin in Forschung und Praxis" (Hefte 2/97 bis 4/97 sowie 1/98) veröffentlicht und damit in der Fachöffentlichkeit zur Diskussion gestellt. Es ist geplant, nach Durchführung einer Statuskonferenz durch das UBA geförderte Forschungsvorhaben im Jahr 1998 beginnen zu lassen.

33. Ist die Bundesregierung zur Erforschung der diesen Krankheiten zugrundeliegenden Phänomene in Zusammenarbeit mit den Umwelt- und Verbraucherschutzverbänden bereit?

    Ist sie insbesondere bereit, folgende Forschungen durchzuführen:

    - systematische Erforschung der damit verbundenen Immundefekte,
    - systematische Erforschung der multiplen Organschäden durch chemische Verletzungen, die fast immer einer MCS vorausgehen,
    - Erforschung, wann iatrogene Schäden durch nicht angepaßte Therapien zu befürchten sind (z. B. ruhigstellende Medikamente nach Psychiatrisierung) und welche Inhaltsstoffe von Medikamenten und chemischen Stoffen Unverträglichkeitsreaktionen und synergetische Effekte auslösen können,
    - Erforschung der besonderen Sensibilisierungswahrscheinlichkeit gegenüber Schadstoffen bei familiär vorbelasteten zu Allergien neigenden Menschen (Atopiker) (eine wichtige Aufgabe angesichts von mehr als 100 Millionen Allergikern in Europa),
    - Erforschung von Kombinationswirkungen verschiedener Umweltbelastungen (z. B. können durch mutagene Stoffe erzeugte Krebszellen durch elektromagnetische Wechselfelder in ihrem Wachstum beschleunigt werden; Verstärkung der hormonellen Wirkung chemischer Stoffe durch Stoffgemische),
    - Erforschung der langfristigen neurotoxischen und immunsuppressiven Wirkung von Pyrethroiden und anderer Pestizide sowie ihrer Rolle bei der Erniedrigung der Auslösung von Kanzerogenität und Allergenität?

Die Bundesregierung unterstützt im Rahmen ihrer Möglichkeiten Forschungsvorhaben, die die Aufklärung der Ursachen und der Entstehungsweise umweltassoziierter Krankheitsbilder zum Ziel haben sowie dazu beitragen, die Prävention, die Diagnostik und gegebenenfalls die Behandlung zu verbessern. Sie läßt sich dabei von erfahrenen Wissenschaftlern beraten.

Unter diesen Bedingungen können nicht alle in der Frage angesprochenen z. T. sehr umfassenden Forschungskomplexe berücksichtigt werden, zumal einige Teilaspekte nach heutiger Kenntnis auch keine Beziehungen zu MCS oder CFS haben, z. B. Wirkung elektromagnetischer Wellen oder hormonelle Wirkungen chemischer Stoffe.

34. Erachtet die Bundesregierung den Stand der Versorgung mit immunologischer Diagnostik und Therapie als ausreichend, oder geht sie diesbezüglich von einem Versorgungsdefizit aus?

    Was gedenkt sie zur Behebung eines entsprechenden Versorgungsdefizits zu unternehmen?

    Welche Initiativen sind ergriffen worden?

Der Bundesregierung liegen keine Hinweise dafür vor, daß ein Versorgungsdefizit hinsichtlich immunologischer Diagnostik und Therapie besteht.

Routinemethoden zur Untersuchung von Störungen des Immunsystems sind Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nach § 87 SGB V und können somit unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt werden. Dies gilt grundsätzlich auch für Untersuchungen, ob Immunerkrankungen durch Umweltschadstoffe ausgelöst werden, soweit die Indikation für Untersuchungen im Einzelfall begründet ist.

Zur speziellen Diagnostik seltener Autoimmunerkrankungen und weiterer Erkrankungen des Immunsystems gibt es z. B. Schwerpunktbildungen an großen Universitätskliniken. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, daß trotz starker Zunahme des Wissens über das Immunsystem viele Zusammenhänge noch spekulativ sind und ihre Relevanz für die Krankenversorgung noch ungeklärt ist. Insofern ist der Umfang immunologischer Diagnostik und Therapie nach dem jeweils anerkannten Stand der Medizin auszurichten. In

diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, daß zwischen einigen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassenverbänden Modellprojekte über Umweltambulanzen vereinbart wurden, wodurch die Möglichkeit der frühzeitigen Erkennung von Umweltgefährdungen als Krankheitsursache gefördert werden soll. Darüber hinaus haben die Spitzenverbände der Krankenkassen mitgeteilt, daß sie die Entwicklung auf diesem Gebiet mit Interesse verfolgen und eine Prüfung durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen veranlassen werden, sobald neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren auf dem Gebiet der immunologischen Diagnostik und Therapie entwickelt und evaluiert worden sind.

35. Warum gibt es keinen Facharzt für das Immunsystem?

Welchen Stellenwert nimmt die Immunologie im Curriculum der Ärzteausbildung ein, und in welcher Weise will die Bundesregierung koordinierend auf die Erstellung entsprechender Curricula einwirken?

Nach der derzeit geltenden Approbationsordnung ist die Immunologie fester Bestandteil der ärztlichen Ausbildung.

Bereits für die Ärztliche Vorprüfung ist die „Anatomie des Immunsystems" Gegenstand des Prüfungsstoffkataloges. Zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ist ein Praktikum der Mikrobiologie und der Immunologie nachzuweisen. Darüber hinaus sind „Grundlagen der Immunologie und Immunpathologie" Bestandteil des Prüfungsstoffkataloges für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. Auch im Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung müssen Kenntnisse in der Immunologie nachgewiesen werden. Der Prüfungsstoffkatalog für diese Prüfung enthält zum einen „Bewertung immunologischer Untersuchungsbefunde" zum anderen „Klinische Aspekte der Immunologie".

Da die Erstellung der Curricula in der Zuständigkeit der Universitäten liegt, sind die Ausbildungsinhalte nicht im einzelnen in der Approbationsordnung für Arzte geregelt. Seitens des Bundes besteht nur die Möglichkeit, auf die Inhalte der Ausbildung über die Prüfungsstoffkataloge für die schriftlichen Prüfungen, die Beschreibung der Gegenstände der mündlichen Prüfungen, die Festlegung von Pflichtunterrichtsveranstaltungen sowie die Ausbildungszieldefinition Einfluß zu nehmen. Wie oben dargelegt, hat der Bund im Rahmen seiner Möglichkeiten bereits Grundlagen für die Berücksichtigung der Immunologie in der ärztlichen Ausbildung geschaffen. Auch in Zukunft wird die Bundesregierung bemüht sein, ihren Möglichkeiten entsprechend die Voraussetzungen für die Vermittlung von Kenntnissen in der Immunologie in der ärztlichen Ausbildung zu schaffen. So soll z. B. nach der neuen Approbationsordnung, die derzeit im Bundesrat behandelt wird, die fächerübergreifende Vermittlung und Prüfung des Unterrichtsstoffes verstärkt werden. Dies würde sich auch positiv auf den Stellenwert der Immunologie in den Curricula auswirken, da gerade hier der fächerübergreifende Ansatz eine große Rolle spielt.

Die Gestaltung des ärztlichen Weiterbildungsrechts liegt nach der grundgesetzlichen Kompetenzverteilung in der Autonomie der Länder. Die Länder haben diese Kompetenz auf die Landesärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechts übertragen.

Die Bundesärztekammer, die als organisatorischer Zusammenschluß der Ärztekammern der Länder die Weiterbildung koordiniert, wurde daher zu diesem Teilaspekt der Frage um Stellungnahme gebeten. Sie hat sich daraufhin wie folgt geäußert:

Die durch den Deutschen Ärztetag beschlossene (Muster-)Weiterbildungsordnung vom 95. Deutschen Ärztetag 1992 in Köln sieht in dem Gebiet Innere Medizin unter Inhalt und Ziel der Weiterbildung die Vermittlung, den Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie interner immunologischer Erkrankungen vor.

Im Gebiet Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie ist unter Inhalt und Ziel der Weiterbildung die Vermittlung, der Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Prophylaxe und Epidemiologie von Infektionskrankheiten und ihren Folgezuständen, in den theoretischen Grundlagen und diagnostischen Verfahren der Immunologie von Infektionskrankheiten vorgesehen.

Auch im Gebiet der Kinderheilkunde werden unter Inhalt und Ziel der Weiterbildung eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Immunprophylaxe und der Indikation und der selbständigen Durchführung von Impfungen gefordert.

Auch das Gebiet Laboratoriumsmedizin beschreibt unter Inhalt und Ziel der Weiterbildung Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in den theoretischen, medizinischen, physikalischen und chemischen Grundlagen des Gebietes der medizinischen Immunologie und Blutgruppenserologie.

Darüber hinaus sieht der Bereich (Zusatzbezeichnung) Allergologie die Vermittlung, den Erwerb und den Nachweis besonderer Kenntnisse, Erfahrungen in den Grundlagen allergischer und immunologischer Erkrankungen vor.

Somit ist die Immunologie als Weiterbildungsgegenstand in vier Gebieten sowie in einer Zusatzbezeichnung festgeschrieben. Für eine Zusammenfassung der Qualifizierungen in einer Gebietsbezeichnung Facharzt für Immunsystem besteht auch deshalb kein Bedarf, da die Immunologie Gegenstand der verschiedensten ärztlichen Spezialisierungen mit Patientenkontakt ist.

36. Wie bewertet die Bundesregierung die wachsende Abhängigkeit der medizinischen Lehrstühle von einer Drittmittel-Finanzierung durch Pharma-Konzerne sowie von Gutachtenaufträgen der Versicherungswirtschaft?

Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um sicherzustellen, daß dadurch keine interessengeleitete Steuerung und Selektion wissenschaftlicher Ergebnisse erfolgt und entgegengesetzte wissenschaftliche Konzepte unterdrückt werden?

Wie will sie sicherstellen, daß innovative Forschungs- und Behandlungsansätze möglich bleiben und in die wissenschaftliche und praktische Diskussion einbezogen werden?

Die Forschung mit Mitteln Dritter, der Wettbewerb um solche Mittel und deren Einwerbung sind im Hochschulbereich wichtige forschungspolitische Instrumente und Maßstäbe für eine leistungsbezogene Zuweisung auch solcher Forschungsressourcen, die mit der staatlichen Grundfinanzierung für die Grundlagenforschung bereitgestellt werden. Das Drittmittelvolumen der deutschen Hochschulforschung muß allgemein und somit auch in der Medizin gesteigert werden.

Drittmittelforschung begründet keine rechtliche oder faktische wissenschaftliche Abhängigkeit der jeweiligen Lehrstuhlinhaber, weder allgemein noch in der Medizin. Sie ist nach § 25 Abs. 1 Satz 2 HRG Teil der Hochschulforschung und gehört damit zur Dienstaufgabe der Lehrstuhlinhaber. Land, Hochschule und zuständige Hochschulorgane haben nach § 3 Abs. 1 HRG jeweils sicherzustellen, daß Lehrstuhlinhaber auch die Forschung mit Mitteln Dritter in der durch Artikel 5 Abs. 3 Satz 1 GG verbürgten Freiheit ausüben können.

Dabei umfaßt die zu sichernde Freiheit der Forschung insbesondere die Fragestellung, die Grundsätze der Methodik sowie die Bewertung des Forschungsergebnisses und ihre Verbreitung (§ 3 Abs. 2 Satz 1 HRG). In diesem Rahmen ist ausschließlich von den jeweiligen Lehrstuhlinhabern zu entscheiden, mit welchen Methoden sie welche Fragestellungen angehen wollen. Es steht ihnen frei, in Forschungsaufträgen formulierte oder selbstgewählte Fragestellungen mit Mitteln ihrer Grundausstattung oder öffentlichen Drittmitteln zu bearbeiten. Die Objektivität der Auftragsforschung ist wie in der wissenschaftlichen Forschung allgemein durch die Publikation der Forschungsergebnisse, die Nachvollziehbarkeit der Vorgehensweise und der Methodik sowie deren Diskussion in der Fachwelt zu gewährleisten. Demgemäß bestimmt § 25 Abs. 2 HRG, daß die Forschungsergebnisse von Drittmittelvorhaben in der Regel in absehbarer Zeit veröffentlicht werden sollen.

37. Sieht die Bundesregierung das Risiko der Instrumentalisierung von Lehrstühlen, Ärztekammern, kassenärztlichen Vereinigungen, medizinischen Diensten der Sozialversicherung durch konservative Medizinkonzepte und zur Ausschaltung innovativer Forschungsansätze?

Welche Schritte hält sie für erforderlich und möglich, um diesem Risiko zu begegnen?

Ein Risiko, daß Lehrstühle, Ärztekammern, kassenärztliche Vereinigungen sowie medizinische Dienste der Sozialversicherung durch konservative Medizinkonzepte instrumentalisiert und innovative Forschungsansätze ausgeschaltet werden, sieht die Bundesregierung nicht.

Die Wissenschaft ist dem Ziel der Wahrheitsfindung verpflichtet. Nur in der bestehenden Vielfalt und im Wettbewerb von Forschungsfragen, Forschungsansätzen und Methoden ist dieses Ziel einzulösen. Die innerwissenschaftliche Kritik und die hohen Anforderungen an die Reproduzierbarkeit von Forschungsergebnissen sind ein wesentlicher Garant dafür, daß die Forschung nicht einseitig instrumentalisiert werden kann.

Im Rahmen der Forschungsförderung der Bundesregierung und auch bei den führenden Forschungsförderorganisationen sichert zudem die Praxis der fachwissenschaftlichen Begutachtung von Forschungsanträgen durch mehrere unabhängige Wissenschaftler, daß die Vielfalt von Forschungsansätzen gewahrt wird.

Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vertretenen Auffassungen zur medizinischen Versorgung entwickeln sich in internen Meinungsbildungsprozessen, auf die das Bundesministerium für Gesundheit keinen Einfluß nimmt. Die Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesverwaltungsbehörden der Länder über die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist gemäß § 78 Abs. 1 SGB V auf die Rechtsaufsicht beschränkt.

38. Welche konkreten Hilfen hat die Bundesregierung bisher in den vom Reaktorunfall in Tschernobyl betroffenen Gebieten geleistet, und welche konkreten Hilfen will sie in Zukunft leisten, vor dem Hintergrund, daß in einigen betroffenen Gebieten die Häufigkeit von Schilddrüsenkrebs bei Kindern etwa um das 100fache zugenommen hat?

In den Jahren 1991 bis 1993 führten deutsche Wissenschaftler ein Programm mit Messungen der Strahlenbelastung durch inkorporiertes Cäsium in den durch den Reaktorunfall von Tschernobyl kontaminierten Gebieten Rußlands, Weißrußlands und der Ukraine durch. An dem Programm beteiligten sich verschiedene deutsche wissenschaftliche Institutionen und Forschungseinrichtungen, insbesondere aus den neuen Bundesländern. Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) mit ca. 12 Mio. DM finanziert. Die Messungen erfolgten in einem Areal von etwa 100 000 km^2 zwischen Tula (Rußland) im Nordosten und Rovno (Ukraine) im Südwesten und erfaßten mehr als 300 000 Personen. Die

Meßaktion hat einen wesentlichen Beitrag zur objektiven Unterrichtung der Bevölkerung über ihre radioaktive Belastung in den vom Reaktorunfall von Tschernobyl betroffenen Gebieten geliefert.

Ausgehend von der Wiener Konferenz „Ein Jahrzehnt nach Tschernobyl" im April 1996 werden im Rahmen der von Deutschland und Frankreich finanzierten Kooperationsprojekte die radiologischen Folgen und die gesundheitlichen Auswirkungen des Tschernobyl-Unfalls sowie die Möglichkeiten zur Sanierung des Sarkophags untersucht. Durch ein am 15. Juli 1997 unterzeichnetes Abkommen wurden die Rahmenbedingungen für den Beginn der Projekte geschaffen.

Der Gemeinschaftsausschuß Strahlenforschung (GAST) – eine Vereinigung der in Deutschland an der Strahlenforschung beteiligten Fachgesellschaften – hat umfangreiche medizinische Hilfe für die an Schilddrüsenkrebs erkrankten Kinder geleistet, die zum Teil auch in Deutschland operiert wurden. Das Projekt erhielt erhebliche finanzielle Unterstützung durch deutsche Energieversorgungsunternehmen.

Mit Blick auf die Auswirkungen des Reaktorunfalls in Tschernobyl wurde und wird der Aufenthalt von weißrussischen Ärzten bei Spezialeinrichtungen in Deutschland auch weiterhin im Rahmen des o. a. Projektes finanziell unterstützt. Ziel ist dabei, daß die Prinzipien der Radiojodbehandlung bei Kindern mit Schilddrüsenkrebs erlernt werden.

39. Wann und wie wird die Strahlenschutzkommission die von ihr nach dem Unfall von Tschernobyl für die Abschätzung des Risikos somatischer Spätschäden, insbesondere für Schilddrüsenkrebs, veröffentlichten Berechnungsgrundlagen und Modelle dem neuen wissenschaftlichen Erkenntnisstand anpassen und dabei insbesondere die wesentlich kürzeren Latenzzeiten berücksichtigen, die bei der Erkrankung von Kindern in den betroffenen Gebieten zutage getreten sind?

Die Strahlenschutzkommission hat die gesundheitlichen Folgen des Unfalls von Tschernobyl bewertet und daraufhin empfohlen, die Eingreifrichtwerte für die Verteilung von Jodtabletten bei kerntechnischen Unfällen herabzusetzen. Weitere Maßnahmen sind nicht erforderlich.

40. Wie wurden nach dem Unfall von Tschernobyl die Aktivitäten der Strahlenschutzkommission und der Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern (BMI) koordiniert, um Doppelarbeit zu vermeiden?

Aufgrund der in den jeweiligen Geschäftsordnungen der Strahlenschutzkommission einerseits und der Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern (BMI) andererseits festgelegten unterschiedlichen Aufgabenstellungen der beiden Kommissionen war eine Doppelarbeit nach dem Unfall von Tschernobyl ausgeschlossen.

Der Beratungsauftrag der Strahlenschutzkommission betrifft die Angelegenheiten des Schutzes vor Gefahren ionisierender und nichtionisierender Strahlen. Dementsprechend hat die Strahlenschutzkommission nach dem Unfall von Tschernobyl das BMI (und nach dessen Gründung das BMU) in allen Fragen des Strahlenschutzes und der Vorsorge gegen die Wirkung der unfallbedingt freigesetzten Radioaktivität beraten.

Demgegenüber hat die Schutzkommission das BMI in Fragen der aus dem Unfallgeschehen zu ziehenden fachlichen und organisatorischen Konsequenzen im Bereich des Zivil- und Katastrophenschutzes beraten. Die Beratungsergebnisse sind in das Arbeitsprogramm der Bundesregierung zur Umsetzung der Folgerungen aus dem Reaktorunfall eingeflossen. Im Bereich des Zivilschutzes wurden daraufhin folgende konkrete Maßnahmen ergriffen:

a) Das Radioaktivitäts-Meßnetz des Bundes im Bereich des Warndienstes wurde durch organisatorische und ausstattungsbezogene Weiterentwicklung zu einem flächendeckenden Meßnetz hoher Sensibilität für die Frühwarnung vor erhöhter Umweltradioaktivität ausgebaut. Hierzu gehört auch die Ausstattung der Warnämter mit nuklidspezifischen Meßfahrzeugen. Dieses moderne Meßnetz wird auf der Grundlage des Strahlenschutzvorsorgegesetzes betrieben. Mit Wirkung vom 1. Juli 1997 ist das Meßnetz vom Ressortbereich des Bundesministeriums des Innern in den Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit überführt worden.

b) Die vom Bund für Zivilschutzzwecke den Einsatzeinheiten des Katastrophenschutzes bereitgestellte Meßausstattung zur Erfassung radioaktiver Kontamination wurde verbessert.

41. Wie hoch sind die laufenden Kosten für die Schutzkommission beim BMI, und welche Forschungsmittel sind etatisiert (dabei sollen die Zulagen für die Geschäftsführung gesondert ausgewiesen werden)?

Zur Abdeckung der laufenden Kosten der Schutzkommission sind 162 000 DM, davon 24 000 DM für den Geschäftsführer und 6 000 DM für die Schreibkraft, etatisiert. Die Mittel werden zur Abdeckung anfallender Tagungs-, Geschäfts-, Reise- und evtl. sonstiger Sachkosten verwendet. Die Mitglieder der Schutzkommission erhalten für ihre Beratungsarbeit kein Entgelt, sondern arbeiten ehrenamtlich.

Etatisierte Forschungsmittel von 1995 bis 1997:

1995	2 395 000 DM
1996	2 425 000 DM
1997	2 325 000 DM

42. Muß diese Schutzkommission beim BMI überhaupt weiter gefördert werden, nachdem die zu beratende Abteilung LZV beim BMI stark vermindert wurde, und wenn ja, warum und welche Etatansätze sind ggf. vorgesehen?

Die Schutzkommission ist ein ehrenamtliches wissenschaftliches Beratungsgremium des BMI unter Vorsitz von Prof. Dr. Dr. mult. h. c. Arthur Scharmann, Gießen. Ihr gehören rd. 50 Wissenschaftler, zumeist Universitätsprofessoren, aus den unterschiedlichsten Fachbereichen (Medizin, Physik, Chemie, Ingenieurwissenschaften, Pharmakologie, Toxikologie, Soziologie, Psychologie) an. Sie arbeitet interdisziplinär.

Die Neuordnung des Zivilschutzes ist ein überaus komplexer Prozeß mit einer Fülle fachspezifischer Sachthemen. Ein unabhängiges, von namhaften Wissenschaftlern gebildetes Beratungsgremium, wie es die Schutzkommission darstellt, ist gerade in dieser Phase von großer Bedeutung. Darüber hinaus besteht aufgrund der veränderten außenpolitischen Sicherheitslage, die durch ein sich wandelndes Gefährdungsspektrum gekennzeichnet ist, Bedarf für ein interdisziplinäres wissenschaftliches Beratungsgremium, das – fachübergreifend – fundamentale Risiken für die Gesellschaft untersucht und Strategien zu ihrer Bewältigung vorschlägt. Dies gilt verstärkt vor dem Hintergrund der im neuen Zivilschutzgesetz vorgesehenen engeren Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern im wissenschaftlichen Bereich. Organisatorisch ist auf seiten der Länder nunmehr ein Ständiger Ansprechpartner für die Schutzkommission benannt worden. Im übrigen wird die Schutzkommission laufend bei der Forschungsplanung eingebunden und bei der Bewertung von Forschungsergebnissen gutachtlich beteiligt.

Zwischen der Aufgabenstellung der Schutzkommission und der Personalausstattung des Zivilschutzbereichs innerhalb des BMI (heute Teil der Abteilung O) besteht kein Zusammenhang.

Der Etatansatz beträgt, wie bereits erwähnt, 162 000 DM einschließlich 24 000 DM für den Geschäftsführer und 6 000 DM für die Schreibkraft.

IV. Verbraucherschutz und Medizinische Versorgung von MCS-, CFS- und elektrosensiblen Patienten

43. Ist die Bundesregierung bereit, durch die Erarbeitung einer technischen Anleitung (TA) Innenraum die oft besorgniserregenden Schadstoffkonzentrationen in der Raumluft zu senken, und wenn nein, warum nicht, insbesondere vor dem Hintergrund, daß die Luftverschmutzung in Innenräumen zunehmend als wesentliche Ursache für einen schlechten Gesundheitszustand und als Auslöser für chronische Krankheiten wie CFS, MCS und FMS anerkannt wird?

    Ist die Bundesregierung weiterhin bereit, eine umfassende Kennzeichnungspflicht für flüchtige Inhaltsstoffe von Baustoffen, Möbeln, Spielzeug (z. B. Knetmasse) usw. einzuführen?

Die Ursachen für CFS, MCS und FMS werden derzeit kontrovers diskutiert. Es existiert kein allgemein anerkannter Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang, mit dem sich belegen ließe, daß die Luftverschmutzung in Innenräumen als Auslöser für diese Effekte in Frage kommt. Auch ist die pauschale Rückführung eines schlechten Gesundheitszustandes auf unzureichende Qualität der Innenraumluft nicht begründbar.

Unabhängig davon sieht die Bundesregierung die Verbesserung der Luftqualität in Innenräumen als eine wichtige Aufgabe an. Zur Frage, ob die Bundesregierung eine TA Innenraum erarbeiten will, wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 6 der Kleinen Anfrage „Luftqualität in Innenräumen" der Abgeordneten Schwall-Düren u. a. vom 18. April 1997 (Drucksache 13/7463) verwiesen.

Für flüchtige organische Substanzen in Bauprodukten werden zur Zeit Prüfverfahren sowie Meß- und Probenahmeverfahren im Rahmen des Europäischen Komitees für Normung (CEN) erarbeitet. Das Vorliegen entsprechender Normen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Beurteilung flüchtiger Inhaltsstoffe von Bauprodukten. Mit flüchtigen Inhaltsstoffen aus Bauprodukten befaßt sich die im Frühjahr 1997 aus Vertretern des Bundes und der Länder gebildete Arbeitsgruppe zur gesundheitlichen Bewertung von Bauprodukten, deren Geschäftsstelle beim Umweltbundesamt liegt; Ziel der Arbeitsgruppe ist es, produktbezogene Emissionen hinsichtlich einer möglichen Exposition der Raumnutzer gesundheitlich zu bewerten.

Zur Frage der Kennzeichnung wird auf die Antwort zu Frage 44 verwiesen.

44. Ist die Bundesregierung bereit, alle Produkte, bei deren Gebrauch flüchtige Chemikalien austreten, insbesondere Klebstoffe, Füllstoffe, Putzmittel, frisch gereinigte Textilien, Duftstoffe und Spielzeuge, z. B. Knetmassen, einer verschärften Deklarationpflicht mit dem Hinweis auf die gesundheitlichen Risiken zu unterwerfen?

Bei der Mehrheit der hier genannten Produkte handelt es sich um Zubereitungen im Sinne des Chemikaliengesetzes. Mit der am 1. November 1993 in Kraft getretenen Gefahrstoffverordnung sind die Regelungen der Zubereitungsrichtlinie in nationales Recht umgesetzt worden. Damit besteht die Pflicht zur Einstufung und Kennzeichnung gefährlicher Zubereitungen. Ferner wurde festgelegt, daß bestimmte Zubereitungen (sehr giftige, giftige und ätzende) zusätzlich zur Kennzeichnung mit einer Gebrauchsanweisung versehen werden müssen.

Auch die mit der Chemikalien-Verbotsverordnung vom 14. Oktober 1993 erweiterten Vorschriften zur Informations- und Aufzeichnungspflicht bei der Abgabe an Dritte nach § 3 der Verordnung dienen einer Verbesserung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes.

Soweit die genannten Produkte Bedarfsgegenstände im Sinne des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes sind, finden über die genannten Vorschriften hinaus die allgemeinen Vorschriften zum Schutz der Gesundheit in § 30 des Lebensmittel- und Bedarfs-

gegenständegesetzes Anwendung. Ferner sind z. B. die Verbote und einschränkenden Bestimmungen für die Verwendung bestimmter Stoffe in Spielwaren und Scherzartikeln in der Bedarfsgegenständeverordnung zu beachten. Diese Vorschriften wurden getroffen, da eine Kennzeichnung von Spielzeug, bei dem bestimmte flüchtige Stoffe eine Gefahr für Kinder darstellen, keinen ausreichenden Gesundheitsschutz gewährleistet.

45. Ist die Bundesregierung bereit, ein Modellprojekt zu initiieren, bei dem mindestens 50 Betten vorgehalten werden, die für MCS-Patienten, CFS-Patienten (chronisches Müdigkeitssyndrom) sowie für elektrosensible Patienten (Menschen, die elektromagnetische Strahlungen meist nach Schwermetallintoxikationen schmerzhaft empfinden) geeignet sind, und zwar sowohl zur Abklärung der Diagnose wie zur Behandlung, wobei gewährleistet sein muß, daß die Patienten nicht (bzw. so wenig wie nach dem Stand der Wissenschaft und Technik möglich) mit den für sie gefährlichen Allergenen bzw. mit elektromagnetischen Strahlen in Berührung kommen?

In welchem Umfang will die Bundesregierung sich dabei das Wissen und die Erfahrungen von Selbsthilfegruppen zunutze machen?

Jede klinische Forschung ist nur in oder in Zusammenarbeit mit bettenführenden Einheiten möglich. Die Einrichtung von eigenständigen Einheiten mit Betten für besondere Krankheitsbilder ist nur in Ausnahmefällen wissenschaftlich oder versorgungsbezogen sinnvoll und nicht generell finanzierbar. Es ist nicht erkennbar, wie mit einem Modellprojekt, bei dem mindestens 50 Betten vorgehalten werden sollen, besondere und neue Forschungsergebnisse erzielt werden können.

46. Ist die Bundesregierung bereit, dafür Sorge zu tragen, daß in den ca. 300 Vertragskliniken der BfA mindestens 50 Betten vorgehalten werden, die für MCS- und CFS-Patienten geeignet sind, so daß diese nicht bzw. so wenig wie möglich mit den für sie gefährlichen Allergenen in Berührung kommen?

Bei Vorliegen einer allergischen Disposition ist in den verschiedenen Rehabilitationskliniken die Berücksichtigung entsprechender Ausstattungsmerkmale gesichert.

47. Ist die Bundesregierung bereit, in Zusammenarbeit mit den Bundesländern die Möglichkeiten zu schaffen, daß Kliniken, die für MCS-Patienten, CFS-Patienten und elektrosensible Patienten chemiearme und elektrosmogarme Bereiche ausweisen, dadurch bedingte Mehrkosten auch in Ansatz bringen können, und wenn nicht, warum nicht?

Soweit Krankenhäuser im Einklang mit der Krankenhausplanung der Länder oder der Festlegung eines Versorgungsvertrages mit den gesetzlichen Krankenkassen chemie- und elektrosmogarme Bereiche für MCS-, CFS- und elektrosensible Patienten für erforderlich halten, können durch deren Einrichtung ggf. bedingte Mehraufwendungen im Bereich der Betriebskosten in den Pflegesatzvereinbarungen berücksichtigt werden. Das geltende Pflegesatzrecht ist hinreichend flexibel; so kann die geschätzte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied, die im Grundsatz den Budgetzuwachs eines Krankenhauses begrenzt, bei der Vereinbarung des Budgets für das einzelne Krankenhaus überschritten werden, soweit Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder die Schaffung zusätzlicher Kapazitäten für medizinische Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung eines Landes dies erforderlich machen.

Würden im Zusammenhang mit der Schaffung chemie- und elektrosmogarmer Bereiche Investitionskosten in Plankrankenhäusern entstehen, wären diese nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz grundsätzlich förderfähig. Über die tatsächliche Bereitstellung von Investitionsmitteln entscheidet das jeweilige Bundesland.

48. Ist die Bundesregierung bereit, sich dafür einzusetzen, daß von der BfA Kliniken („Umweltkliniken") unter Vertrag genommen werden, die für CFS-Patienten, MCS-Patienten sowie elektrosensible Patienten geeignet sind und die auch geeignete Therapieverfahren und diätetische Möglichkeiten (z. B. Rotationsdiät wegen mutipler Nahrungsmittelintoleranzen) anbieten, und wenn nicht, warum nicht?

Die Notwendigkeit, besondere „Umweltkliniken" unter Vertrag zu nehmen, ist aus fachlicher Sicht bisher nicht zu erkennen. Angesichts der Komplexität der aufgeführten Syndrome kann nicht von einer einheitlichen Ursache der unterschiedlichen Symptommuster ausgegangen werden. Die angewandten Therapieverfahren haben die unterschiedlichen, noch nicht vollständig geklärten Einflußfaktoren zu berücksichtigen.

Für die Rehabilitation bedeutet dies, daß dem ganzheitlichen Ansatz Rechnung zu tragen ist, indem die Patienten auch in der psychischen Auseinandersetzung mit ihrem Beschwerdenkomplex unterstützt werden. Dazu stehen Maßnahmen des Gesundheitstrainings, des Aktivitätsaufbaus durch psychotherapeutische Strategien und andere psychotherapeutische Verfahren zur Verfügung.

Sollte eine spezifische Nahrungsmittelintoleranz tatsächlich gesichert sein, so sind auch die entsprechenden diätetischen Möglichkeiten auszuschöpfen. Dies wird in den bislang von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte belegten Vertragshäusern umgesetzt.

49. Ist die Bundesregierung bereit, sich dafür einzusetzen, daß in medizinisch begründeten Fällen ab sofort zugelassen wird, daß MCS-, CFS- und elektrosensible Patienten Reha-Maßnahmen in geeigneten Kliniken durchführen können, die die erforderliche Infrastruktur bieten und zum Teil auch unkonventionelle umweltmedizinische Therapien anbieten, auch wenn kein Vertragsverhältnis mit der BfA besteht, und wenn nicht, warum nicht?

Bereits in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Christa Nickels u. a. in der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 13/6324) hat die Bundesregierung festgestellt, daß es sich weder beim chronischen Erschöpfungssyndrom (CFS) noch bei der Multiplen-Chemikalien-Sensitivität (MCS) um einheitliche Krankheiten im klassischen Sinne handelt. Die Unsicherheiten hinsichtlich der Ursachen, die wechselnden Symptome mit unterschiedlich betroffenen Organsystemen und das Fehlen gesicherter Therapiemöglichkeiten erschweren ein gezieltes Rehabilitationsangebot.

Es ist davon auszugehen, daß sich Rehabilitationsmaßnahmen jeweils daran orientieren, welche Beschwerden im Vordergrund stehen. Das heißt, daß zum Beispiel eine Rehabilitation in einer Fachklinik für Orthopädie erfolgt, wenn rheumatische Beschwerden im Vordergrund stehen, oder bei Herzbeschwerden die Rehabilitation in einer Fachklinik für Kardiologie durchgeführt wird. In den Fällen, in denen Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und eine hinreichende Erfolgsaussicht für Rehabilitationsmaßnahmen gegeben sind, stehen geeignete Kliniken somit bereits jetzt zur Verfügung. Über die Erforderlichkeit spezieller Rehabilitationsangebote in eigens auf die genannten Beschwerdebilder ausgerichteten Einrichtungen sollte erst dann entschieden werden, wenn deren Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten näher geklärt sind und sich die Notwendigkeit gezielter Rehabilitationsmaßnahmen über bestehende Angebote hinaus näher begründen läßt.

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation, die nicht dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnis entsprechen, kann die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte nicht erbringen (§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB VI).

50. Welche Folgerungen zieht die Bundesregierung aus dem Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen, Celle, (AZ: L 4Kr 1 1/1995) in dem die Richter feststellen, daß die Krankenkassen in Zukunft auch bei Behandlungen mit Methoden der „besonderen Therapierichtungen" die Kosten übernehmen müssen?

    Ist die Bundesregierung bereit, Konsequenzen daraus auch für die BfA zu ziehen, die bisher sog. Umweltkliniken als Vertragskliniken ausschließt, vor allem mit der Begründung, daß diese Umweltkliniken besondere Therapierichtungen, die in der klassischen Medizin nicht anerkannt seien, anwenden würden?

Für den Gesetzgeber besteht aufgrund der Feststellung eines Gerichts, das die Krankenkassen verpflichtet, in Zukunft auch bei Behandlungen mit Methoden der sog. „besonderen Therapierichtungen" Kosten zu übernehmen, kein Handlungsbedarf, da bereits nach geltendem Recht Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen nicht aus den gesetzlichen Leistungen der Krankenkassen ausgeschlossen sind (§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

In seinem Urteil vom 5. Juli 1996 zur Ersatzdroge Remedacen definiert das BSG die Anforderungen an den Wirksamkeitsnachweis für nicht allgemein anerkannte Heilverfahren und damit für Behandlungen mit Methoden der sog. besonderen Therapierichtungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen wie folgt: „In den Fällen, in denen allgemein anerkannte Behandlungsmethoden nicht zur Verfügung stehen oder bei bestimmten Gruppen von Patienten nicht eingesetzt werden können, wird ein Anspruch des Versicherten dann bejaht, wenn der Nachweis der Wirksamkeit in einer statistisch relevanten Zahl von Fällen dokumentiert ist. Ein Erfolg im Einzelfall oder bloße Erfahrungsberichte genügen nicht. Vielmehr muß die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit einer neuen Methode mittels „einwandfrei geführter Statistiken" belegt werden."

51. Ist es richtig, daß die Projektgruppe „Schadstoffe" der Fachkommission Baunormung der Arbeitsgemeinschaft „ARGEBAU" unter Beteiligung des Bundesinstituts für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin die Richtwerte für Pentachlorphenol heraufsetzen will, so daß erst bei Blutwerten von 70 µg pro Liter Erwachsenenblut und/oder bei einer Raumluftbelastung von 1 µg PCP pro m^3 Luft saniert werden soll, und wie bewertet die Bundesregierung diesen Vorschlag unter dem Gesichtspunkt eines vorsorgenden Gesundheitsschutzes?

Die Projektgruppe „Schadstoffe" der Fachkommission Baunormung der Arbeitsgemeinschaft der für das Bau-, Wohnungs- und Siedlungswesen zuständigen Minister der Länder (ARGEBAU) hat auf der Grundlage der Erkenntnisse einer Ad-hoc-Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Innenraumlufthygienekommission und des Ausschusses für Umwelthygiene der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamtinnen und -beamten der Länder (AGLMB) ein Ablaufschema zur Ermittlung der Sanierungsnotwendigkeit PCP-belasteter Baustoffe und Bauteile veröffentlicht (Richtlinie für die Bewertung und Sanierung Pentachlorphenol [PCP]-belasteter Baustoffe und Bauteile in Gebäuden [Mitteilungen DIBt 1/1997]).

Niedrigere Eingriffswerte als die in dieser Richtlinie genannten Werte sind von staatlicher Seite zu keiner Zeit angegeben worden. Eine Heraufsetzung der im Sanierungsschema genannten Werte ist nicht beabsichtigt. Dem Gedanken des vorsorgenden Gesundheitsschutzes trägt vor allem das seit 1989 bestehende PCP-Verbot in Deutschland Rechnung.

52. Ist es richtig, daß aufgrund der neuen höheren Richtwerte viele Gebäude mit Holzschutzmittelbelastungen (z. B. Kindergärten, Schulen und Wohnhäuser) voraussichtlich nicht saniert werden?

    Ist es zutreffend, daß gesundheitliche Beeinträchtigungen durch PCP bereits unter den vorgesehenen Werten, insbesondere bei Kindern, beobachtet werden?

    Wird sich die Bundesregierung im Sinne eines vorsorgenden Gesundheitsschutzes für eine Absenkung der PCP-Richtwerte einsetzen – insbesondere vor dem Hintergrund, daß die analytische Bestimmung des Innenraumluftgehaltes bis 0,1 µg PCP pro m^3 Luft machbar ist (nach VDJ 4300/4301) –, und wenn nein, warum nicht?

Es gibt keine „höheren" Richtwerte, durch die sich ein reduzierter Sanierungsbedarf ergeben würde. Die Entscheidung über eine Sanierung richtet sich im übrigen nicht nur nach Blut-, Urin- oder Luft-Konzentrationen von PCP, sondern berücksichtigt auch den Umfang der im Raum befindlichen Holzflächen sowie die PCP-Gehalte im Holz und im Hausstaub. Sanierungen im Bereich des Baurechts erfolgen in der Hoheit der Bundesländer. Der tatsächliche Umfang an erforderlichen Sanierungen ist hier nicht bekannt.

Bei Gesundheitsbeeinträchtigungen, die auf PCP-Belastungen noch unterhalb der im Sanierungsschema der o. g. Richtlinie der ARGEBAU genannten Eingriffswerte zurückgeführt werden, ist ein ursächlicher Zusammenhang unwahrscheinlich. Gegen vorliegende wissenschaftliche Publikationen, in denen solche Zusammenhänge beschrieben wurden (z. B. Daniel et al. [1995] oder Derner et al. [1995]) sind aufgrund ungeeigneter Auswahl der Probanden bzw. methodischer Mängel Vorbehalte anzubringen.

Dem Aspekt des vorsorgenden Gesundheitsschutzes ist in der angesprochenen PCP-Richtlinie bereits Rechnung getragen. Zitat: „Aus Gründen der gesundheitlichen Vorsorge sollten langfristig Raumluftwerte von $\leq 0{,}1$ µg PCP/m^3 Raumluft angestrebt werden. Ziel der Sanierung sollte der o. g. Vorsorgewert sein."

Abschließend sei bemerkt, daß die Möglichkeit, PCP in Konzentrationen unterhalb 0,1 µg/m^3 analytisch nachweisen zu können, nichts mit der Höhe des Richtwertes zu tun hat.

53. Welche Maßnahmen gedenkt die Bundesregierung zu ergreifen, um Familien, aber auch Schulen, Kindergärten und andere öffentliche Einrichtungen gezielt und umfassend sowohl über gesundheitsgefährdende Umweltbelastungen in der Nahrung, in Genußmitteln und in Innenräumen als auch über die möglicherweise sich hieraus ergebenden Gesundheitsschäden aufzuklären und insbesondere empfindlichen Menschen die Testung des Immunsystems zu ermöglichen, um krankmachende Umweltfaktoren meiden zu können?

In der Konzeption der Bundesregierung zur Verbesserung der Luftqualität in Innenräumen sind Emissionsquellen, Produkt- und Problembereiche für einzelne luftverunreinigende Stoffe in Innenräumen aufgeführt, die für die allgemeine Bevölkerung, aber auch in Schulen von Bedeutung sein können.

Die Innenraumlufthygienekommission (IRK) des Umweltbundesamtes bereitet die Herausgabe eines „Leitfadens für die Innenraumluftqualität in Schulen" vor, in dem diese Problembereiche und innenraumrelevante Luftverunreinigungen speziell für Schulgebäude detailliert zusammengestellt werden. Mit dem Leitfaden sollen die Betroffenen umfassend informiert werden. Folgende Punkte sollen vor allem angesprochen werden:

a) Überblick über die für die Luftbelastung maßgeblichen Substanzen und Substanzgruppen,

b) Hygienische Anforderungen für Schulgebäude,

c) Empfehlungen für adäquate Verhaltensweisen im praktischen Schulbetrieb sowie Entwicklung von Vermeidungsstrategien,

d) Hinweise auf mögliche Sanierungskonzepte für belastete Räume.

Bei Hinweisen auf individuelle Beeinträchtigungen des Immunsystems sind im Rahmen der ärztlichen Versorgung Untersuchungen möglich. Von einem generellen Test-Angebot verspricht sich die Bundesregierung in diesem Zusammenhang weder für die Allgemeinbevölkerung noch für empfindliche Menschen eine positive Auswirkung.

54. Ist die Bundesregierung bereit, die Nikotinsucht entschiedener zu bekämpfen, z. B. indem Tabakwerbung auf Produktinformationen beschränkt wird und insbesondere die Lifestyle- und Imagewerbung verboten wird?

    Ist die Bundesregierung bereit, dafür zu sorgen, daß Tabakprodukte grundsätzlich nicht an Minderjährige abgegeben werden, indem z. B. Zigarettenautomaten im öffentlichen Straßenraum verboten werden?

Die Bundesregierung ist der Ansicht, daß zur Bekämpfung der Gesundheitsgefahren des Rauchens ein geschlossenes Konzept, das alle sich in diesem Zusammenhang stellenden Fragen erfaßt, der richtige Weg ist. Im Rahmen eines solchen Konzeptes wären auch die in der Frage beispielhaft genannten Werbebeschränkungen zu diskutieren. Hingewiesen wird speziell zur Werbung für Tabakerzeugnisse darauf, daß nach dem Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz die Werbung im Fernsehen und Rundfunk für alle Tabakerzeugnisse verboten ist.

Die Werbung in anderen Medien wurde inhaltlich beschränkt mit dem Ziel, gravierende Fälle einer mißbräuchlichen Werbung zu unterbinden. Unter anderem sind Hinweise in der Werbung verboten, durch die der Eindruck erweckt wird, daß der Genuß von Tabakerzeugnissen gesundheitlich unbedenklich oder geeignet ist, die Funktion des Körpers, die Leistungsfähigkeit oder das Wohlbefinden günstig zu beeinflussen. Verboten ist auch die Werbung für Tabakerzeugnisse,

die ihrer Art nach besonders geeignet ist, Jugendliche oder Heranwachsende zum Rauchen zu veranlassen.

Zu den gesetzlichen Werbebeschränkungen sind auf Anregung des Bundesministeriums für Gesundheit nach und nach Selbstbeschränkungsvereinbarungen der Zigarettenindustrie hinzugekommen. Im Jahre 1993 geführte Gespräche zwischen dem Verband der Cigarettenindustrie (VdC) und dem Bundesministerium für Gesundheit haben weitere Verbesserungen der Selbstbeschränkungsvereinbarungen erbracht. So ist beispielsweise die Mindestgröße des Warn- und Wertehinweises bei Plakat- und Anzeigenwerbung auf 10 % der Werbefläche vergrößert worden, und es wird ein Warnhinweis im Anschluß an jeden Kinospot für Zigaretten geschaltet.

Auf Gemeinschaftsebene wird seit langem ein Richtlinienvorschlag zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über Werbung und Sponsoring zugunsten von Tabakerzeugnissen beraten, der ein nahezu völliges Verbot der direkten und eine weitgehende Beschränkung der indirekten Werbung vorsieht.

Zu dem Richtlinienvorschlag der Europäischen Kommission ist am 12. Februar 1998 im Rat der EU formell der gemeinsame Standpunkt festgelegt und dem Europäischen Parlament zur Stellungnahme in zweiter Lesung zugeleitet worden. Das weitere Verfahren zu dem Richtlinienvorschlag wird von der Stellungnahme des Europäischen Parlaments abhängen.

Ein Verbot der Abgabe von Zigaretten – auch über den Vertriebsweg Automaten – an Kinder und Jugendliche ist gesetzlich nicht vorgesehen. Das Gesetz zum Schutz der Jugend in der Öffentlichkeit (Jugendschutzgesetz) schreibt jedoch in § 9 vor, daß das Rauchen in der Öffentlichkeit Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren nicht gestattet werden darf. Gesetzliche Abgabeverbote würden im übrigen dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit unterliegen. Ausdruck des Verhältnismäßigkeitsprinzip ist u. a. auch, daß anzustrebende Regelungsziele vor dem Erlaß von Gesetzen möglichst durch Selbstbeschränkungsvereinbarungen der beteiligten Kreise erreicht werden sollten.

In diesem Zusammenhang sind die nach intensiven Gesprächen des Bundesministeriums für Gesundheit mit dem Bundesverband Deutscher Tabakwaren-Großhändler und -automatenaufsteller erreichten freiwilligen Selbstbeschränkungen bei der Aufstellung von Zigarettenautomaten im Umfeld von Schulen und Jugendzentren als ein Schritt in die richtige Richtung zu werten.

55. Ist die Bundesregierung bereit, in Zusammenarbeit mit den Bundesländern darauf hinzuwirken, daß in Notfällen baubiologische Ausweichwohnungen zur Verfügung gestellt werden, wenn Familien aus verseuchten Häusern ausziehen müssen, da die Betroffenen in der Regel schwer geschädigt sind und unbelastete baubiologische Wohnungen kurzfristig auf dem Markt nicht zu bekommen sind?

    Ist die Bundesregierung bereit, staatlich geförderte zinslose Darlehen als Hilfestellung in existentiellen Härtefällen zur Verfügung zu stellen, da ansonsten viele Betroffene in ihren vergifteten Wohnungen ausharren müssen, da sie kein Geld für die Sanierung aufbringen können?

Soweit Wohnungen aufgrund ihres gesundheitsgefährdenden Zustandes geräumt werden müssen, haben die örtlich zuständigen Behörden Ersatzwohnraum bereitzustellen, der allgemeinen gesundheitlichen Anforderungen genügt.

An Wohnungsbaumaßnahmen zugunsten bedürftiger Haushalte beteiligt sich der Bund u. a. mit Finanzhilfen für den sozialen Wohnungsbau. Die baulichen Standards – auch die Anforderungen an gesunde Wohnverhältnisse – für die zu errichtenden Wohnungen werden in den Richtlinien der Länder vorgegeben, die die Wohnungsbauprogramme in eigener Verantwortung durchführen. Unter bestimmten Voraussetzungen können mit Mitteln des sozialen Wohnungsbaus auch Modernisierungsmaßnahmen, in den neuen Ländern zusätzlich auch Instandsetzungsmaßnahmen, gefördert werden. Daneben werden für Maßnahmen der Bestandsverbesserung in den neuen Ländern zinsverbilligte Kredite im vom Bund finanzierten Wohnraummodernisierungsprogramm der Kreditanstalt für Wiederaufbau bereitgestellt, in den alten Ländern im KfW-Förderprogramm zur CO_2-Einsparung.



Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333